

Kind/Jugendlicher

Name:.....

Vorname:.....

Geschlecht:

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

.....

Traglinge e.V. - Bunter Kreis Berlin
Stadtrandstr. 555-561
13589 Berlin
Telefon (030) 370227-460
Telefax (030) 370227-465
kontakt@traglinge-ev.de

Datum Screening:

Zuweisende Stelle:.....

Name Berater*in:.....

Telefon/E-Mail:.....

Name **Sorgeberechtigte*r**:.....

Telefon/E-Mail:.....

Name **Sorgeberechtigte*r**:.....

Telefon/E-Mail:.....

Ich/wir sind damit einverstanden, dass nachfolgende Personen/Institution/Einrichtung:
Zuweisende Stelle:.....

von der Schweigepflicht entbunden werden und den Überleitungs-Screening sowie ergänzende Auskünfte über mein/unser Kind an VK KiJu Brandenburg Traglinge e.V. gemäß Art. 5 ff. EU-DSGVO weiterleiten dürfen. Diese Einverständniserklärung verbleibt im Original bei den von der Schweigepflicht entbundenen Personen/Einrichtungen/Institutionen und geht in Kopie an die VK KiJu Brandenburg.

Ort/Datum.....Unterschrift Sorgeberechtigte*r.....

Ort/Datum.....Unterschrift Sorgeberechtigte*r.....

Diagnosen:.....

.....

.....

.....

.....

Dokument:	Autor/en:	Gültig seit:	Aktualisiert am:
VKT Brandenburg	Hartmann, Mahn	05.01.2024	

Screening/Bedarfsklärung

Kerkriterien	Ja/X	Nein/X
Ist das Kind pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht?		
Hat das Kind einen Pflegegrad?		
Gibt es einen Intensivpflegebedarf?		
Benötigt das Kind eine 24-Stunden-Versorgung/Betreuung oder hat einen hohen Beaufsichtigungsbedarf?		
Ist das Kind körperlich/geistig behindert?		
Gibt es spezielle, die Eltern vehement überfordernde Pflege- und Betreuungsprobleme (z. B. gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Krampfneigung, Schmerzen, Inkontinenz, massive Verhaltensprobleme)?		
Benötigt die Familie vielfältige professionelle Hilfen?		
Hat das Kind einen Schwerbehindertenausweis oder wird dieser benötigt?		
Gibt es die Notwendigkeit einer Krisenintervention, weil die Versorgung des Kindes oder der Zusammenbruch des Hilfesystems droht?		
Gibt es Unterstützungsbedarf bei der Koordination, Steuerung und Kooperation der beteiligten Leistungsträger oder des Helfernetzes?		
Benötigt die Familie Unterstützung bei Erschließung und Inanspruchnahme von Hilfen?		
Kommt die Familie in eine Überforderung oder mit der Betreuung an ihre Grenzen?		
Gibt es familiäre Probleme, die die Versorgung des Kindes beeinflussen? Z.B. Erkrankung eines Elternteils, kritische Wohnsituation, finanzielle Probleme		
Ist die Familie isoliert und benötigt Unterstützung bei der sozialen Teilhabe?		

Beschreibung des Handlungsbedarfes (Bitte konkrete fallbezogene Einschätzung des dringenden Handlungsbedarfes bzw. der extremen Belastungssituation)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dokument:	Autor/en:	Gültig seit:	Aktualisiert am:
VKT Brandenburg	Hartmann, Mahn	05.01.2024	