

Erfassungsbogen Steuerungsgremium

Datum der Sitzung:

Name, Vorname, Adresse, Telefon:

Geburtsdatum:

Koordinierende Bezugsperson/
Kontaktdaten (Name, Tel., E-Mail):



Geschlecht: m w d k.A. Migrationshintergrund:

zuständ. Kostenträger (Bezirk): aktueller Aufenthaltsbezirk:

Erstdiagnose nach ICD 10 Schlüssel oder verbal:

Zweitdiagnose nach ICD 10 Schlüssel oder verbal:

Aktuelle Wohnsituation vor SGP: Vorherige Betreuungssituation:

Vorgesehener Hilfewunsch (vor SGP):

Ergebnis wird im Steuerungsgremium notiert.

Votum des SGP 1. Leistungstyp/ ggf. 2. Leistungstyp: /

HbG-Empfehlung 1. Leistungstyp/ ggf. 2. Leistungstyp: /

Empfohlener Betreuungsträger bezirkliche Pflichtversorgung Mitte:

Erstantrag: Maßnahmewechsel:

Bemerkungen/ kurze Fallschilderung:

Kinder unter 18 im Haushalt oder anderweitig im Betreuungskontext zu berücksichtigen: ja Anzahl

Ergebnis wird im Steuerungsgremium notiert.

Überleitung in einen anderen Bezirk notwendig: ja

Wenn ja, in welchen: