

Screening VK KiJu

Dieses Screening dient dazu, die Voraussetzungen für den Zugang zur Versorgungskoordination für Familien mit versorgungsintensiven Kindern und Jugendlichen (VK KiJu) abzuklären. Den Wunsch der Eltern bzw. der oder des Klient*in nach einer Versorgungskoordination voraussetzend müssen **alle Kriterien** erfüllt sein.

Name Klient*in:

Screening ausgefüllt von:

Kontaktdaten fallzuweisende Stelle:

Datum:

Kriterien

Kriterien	Operationalisierte Kriterien	Zutreffendes bitte ankreuzen	Ja
Alter	0 bis 27 Jahre		
Wohnort	Die Person ist in Berlin gemeldet und lebt in der Häuslichkeit bei ihren An- bzw. Zugehörigen. Es liegt keine stationäre oder Fremdunterbringung vor.		
Längerfristige Problemlage	Voraussichtliche Dauer des Hilfebedarfs aufgrund einer Erkrankung/ Behinderung beträgt mindestens sechs Monate		
(Drohende) Pflegebedürftigkeit	Anerkannter Pflegegrad im Sinne des § 14 SGB XI bzw. Pflegebedürftig im Sinne § 61a SGB XII liegt vor oder ein Antrag ist notwendig, beabsichtigt oder wurde bereits gestellt		
Notwendigkeit vielfältiger professioneller Hilfen	Multiprofessionelle Perspektive - medizinisch, pflegerisch, psychosozial - für die Fallkoordination notwendig, hohe Dichte der Leistungserbringer bzw. Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger oder komplexe Bedarfe aus verschiedenen (Sozial-)Gesetzbüchern		
Krisenintervention oder extreme Belastungssituation vorliegend	Notwendigkeit einer Krisenintervention, weil durch den Zusammenbruch des Hilfesystems die Versorgung des Kindes bedroht ist, z.B. durch überlastende Anforderungen ans Familiensystem, drohendem Ausfall wichtiger Bezugspersonen, wesentlicher medizinisch pflegerischer Leistungen und/oder therapeutisch pädagogische Förderung		
Freiwilligkeit	Das Angebot wird von der oder dem Klient*in bzw. den Sorgeberechtigten freiwillig wahrgenommen		

Beschreibung

Beschreibung des Handlungsbedarfes:

*** Bitte konkrete fallbezogene Einschätzung des dringenden Handlungsbedarfes bzw. der extremen Belastungssituation*

Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung zur Datenweitergabe bzw. Überleitung an VK KiJu-Stellen

Name Klient*in: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnanschrift: _____

Name Sorgeberechtigte*r: _____

Telefon/E-Mail: _____

Name Sorgeberechtigte*r: _____

Telefon/E-Mail: _____

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

von der Schweigepflicht entbunden werden und den Screening-Bogen sowie ergänzende
Auskünfte über mein/unser Kind an folgende Personen/Einrichtungen/Institutionen gemäß
Art. EU-DSGVO weiterleiten dürfen.

- VK KiJu-Stellen: Björn Schulz Stiftung/Kindergesundheitshaus gGmbH/Traglinge e. V.
Nichtzutreffendes bitte streichen

Bei Einsatz der VK KiJu werden die folgenden Stellen automatisch einbezogen,
um ein optimales Versorgungsnetz in Ihrem Interesse zu schaffen:

- Teilhabefachdienst/RSD: _____
- Schule/Kita: _____
- Familienhilfe, Einzelfallhilfe etc.: _____
- _____

Diese Einverständniserklärung verbleibt im Original bei den von der Schweigepflicht
entbundenen Personen/Institutionen und geht in Kopie mit dem Screening-Bogen an die VK
KiJu-Stelle. Hiermit wird gleichzeitig das Einverständnis erklärt, dass die VK KiJu-Stelle ihre
abschließende Gesamteinschätzung an die von der Schweigepflicht entbundenen Personen/
Einrichtungen/Institutionen zuleiten darf. Insofern wird auch die VK KiJu-Stelle für diesen Punkt von
ihrer Schweigepflicht entbunden.

Die Sorgeberechtigten können die Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen.

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigte*r _____

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigte*r _____