

Beurteilung des Kindes/Jugendlichen in Not

Teil eins: Bericht des Sozialarbeiters

Vorname(n)

Nachname

Geschlecht Weiblich Männlich

Geburtsdatum

Name(n) des/der Betreuer und die Beziehung zum Kind/Jugendlichen

Datum der letzten Beurteilungskonferenz

Momentane Anschrift des Kindes/Jugendlichen:

Postleitzahl: Telefon:

Datum dieser Beurteilungskonferenz

An dem Beurteilungsverfahren beteiligte Personen:

Name	Beziehung zum Kind/Jugendlichen/der Behörde	Benachrichtigt	Einge-laden	Anwesend
	Kind/Jugendlicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name	Beziehung zum Kind/Jugendlichen/der Behörde	Benachrichtigt	Einge-laden	Anwesend
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANGABEN ÜBER SOZIALARBEITERISCHE INTERVENTION SEIT DER LETZTEN KINDERSCHUTZ-BEURTEILUNGSKONFERENZ

Verfügt das Kind/der Jugendliche über eine aktuelle zentrale Evaluation? Ja Nein

Datum/Daten an dem das Kind/der Jugendliche zuletzt gesehen wurde, seit der Erstellung des Kinderschutz Plans oder seit der letzten Konferenz:

Daten	Bitte ankreuzen, wenn das Kind alleine gesehen wurde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Daten an dem das Kind/der Jugendliche zuletzt gesehen wurde, seit der Erstellung des Kinderschutz Plans oder seit der letzten Konferenz:

Daten	Bitte ankreuzen, wenn das Kind alleine gesehen wurde
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls diese Termine mehr als 6 Wochen auseinander liegen, erklären Sie bitte warum:

Datum/Daten an dem die Familienmitglieder zuletzt gesehen wurden, seit der Erstellung des Kinderschutz Plans oder seit der letzten Beurteilungskonferenz:

Daten	Name(n) des/der Familienmitglied(s)/er
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Datum/Daten an dem die Familienmitglieder zuletzt gesehen wurden, seit der Erstellung des Kinderschutz Plans oder seit der letzten Beurteilungskonferenz:

Daten	Name(n) des/der Familienmitglied(s)/er
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Daten aller das Kind/den Jugendlichen betreffenden Konferenzen:

Daten	Art der Konferenz
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Daten	Art der Konferenz
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

GESUNDHEIT

Alle Routineimpfungen sind aktuell

Ja Nein

Falls die Antwort **Nein** ist, erläutern Sie bitte, warum

Neu diagnostizierter Gesundheitszustand seit der Erstellung des Plans für Kinder in Not /Bewertung

Verfassung	Datum der Diagnose	Verfassung	Datum der Diagnose
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Krankenhausaufenthalte, Einzelheiten über Unfälle und Notfälle:

Von <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grund für den Krankenhausaufenthalt und Auswirkung auf das Kind/den Jugendlichen	Name und Adresse des Arztes und Krankenhauses
--	--	---

Von <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grund für den Krankenhausaufenthalt und Auswirkung auf das Kind/den Jugendlichen	Name und Adresse des Arztes und Krankenhauses
--	--	---

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN GESUNDHEIT

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwächen des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

ERZIEHUNG UND AUSBILDUNG

6-7 & älter: Das Kind/der Jugendliche hat im Rahmen der SAT-Tests sein Ziel erreicht

JA Nein

Falls die Antwort **Nein** ist erläutern Sie bitte, welche Maßnahmen ergriffen werden:

Leistungen des Schulkindes (falls zutreffend)

Datum	Leistung/Auszeichnung (bitte Klassenstufe ergänzen)	Bedeutung für das Kind/den Jugendlichen
□□ □□ □□□□		
□□ □□ □□□□		
□□ □□ □□□□		
□□ □□ □□□□		

Falls ein besonderer Entwicklungsbedarf für das Kind/den Jugendlichen vorliegt, ist dieser Statement of Special Educational Needs aktuell?

Falls nein, warum

Wechsel der Bildungseinrichtung/Beschäftigung:

Datum	Ereignis	Nähere Angaben über/Gründe für die Änderung	Einfluss auf das Kind	Art des Ereignisses
□□ □□ □□□□				<ul style="list-style-type: none"> • Wechsel der Schule/Bildungseinrichtung /Beschäftigung

<input type="checkbox"/>			
---	--	--	--

- **Vorübergehender Ausschluss**
- **Dauerhafter Ausschluss**
- **Unentschuldigte Abwesenheit**
- **Feststellung besonderer Bildungsbedürfnisse**
- **Sonstige Änderungen**

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN ERZIEHUNG & AUSBILDUNG

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN EMOTIONALE UND VERHALTENSENTWICKLUNG

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN IDENTITÄT

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: <i>z.B. Stunden pro Woche</i>	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN FAMILIE UND SOZIALE BEZIEHUNGEN

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

FAMILIE UND SOZIALE BEZIEHUNGEN

Gesetzliche Auflagen (führen Sie bitte alle gesetzlichen Auflagen in Bezug auf das Kind/ den Jugendlichen seit der letzten Bewertung/ Kontrolle an):

Datum	Rechtsstatus	Handlung	Gericht
Begonnen <input type="text"/> <input type="text"/>			
Beendet <input type="text"/> <input type="text"/>			
Datum	Rechtsstatus	Handlung	Gericht
Begonnen <input type="text"/> <input type="text"/>			
Beendet <input type="text"/> <input type="text"/>			
Datum	Rechtsstatus	Handlung	Gericht
Begonnen <input type="text"/> <input type="text"/>			
Beendet <input type="text"/> <input type="text"/>			

Sollten irgendwelche bestehenden gesetzlichen Anordnungen geändert oder neue Anordnungen in Betracht gezogen werden? Falls **ja**, machen Sie bitte nähere Angaben:

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN SOZIALE PRÄSENTATION

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sonohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN FÄHIGKEITEN ZUR SELBSTSORGE

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

FAMILIEN- und UMWELTFAKTOREN

Bitte führen Sie die Daten und Art aller Veränderungen in den Lebensumständen des Kindes/Jugendlichen auf, einschließlich: Veränderungen in der Herkunftsfamilie: (einschließlich der Geburt jüngerer Geschwister); Beginn oder Ende des Zeitraumes in dem das Kind in der Kinderschutzliste geführt wird; Anfang oder Ende des Betreuungszeitraumes und/oder Trauerfall seit der ersten oder letzten Kinderschutz-Beurteilungskonferenz:

Datum	Art des Ereignisses oder der Veränderung	Details	Grund für die Veränderung	Auswirkungen auf das Kind/den Jugendlichen: <i>vom Sozialarbeiter auszufüllen</i>
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

Beurteilung des Kindes/Jugendlichen in Not

Teil zwei: Bericht des Vorsitzenden

Dieser Abschnitt der Beurteilung stellt eine Zusammenfassung aller Diskussionen und Entscheidungen für das Protokoll des Kindes/Jugendlichen dar. Dieser Abschnitt sollte vom Vorsitzenden der Beurteilung zum Ende der Kinderschutzbeurteilung ausgefüllt werden und allen Teilnehmern der Kinderschutzbeurteilung sollte eine Kopie, zusammen mit den Sitzungsprotokollen der Kinderschutz-Beurteilungskonferenz, zur Verfügung gestellt werden.

DAS BEURTEILUNGSVERFAHREN

Wurden alle relevanten Personen bezüglich der Vorbereitung der Beurteilungskonferenz benachrichtigt, bzw. waren daran beteiligt?

Ja Nein

Falls **nein**, protokollieren Sie bitte, wer nicht beteiligt war und warum entschieden wurde, trotz der Nichtbeteiligung mit der Beurteilungskonferenz fortzufahren:

TEILNAHME DES KINDES/JUGENDLICHEN AN DEM BEURTEILUNGSVERFAHREN

Wurde das Kind/der Jugendliche vor der Beurteilungskonferenz benachrichtigt?

Ja Nein

Falls **ja**, teilen Sie bitte mit, wie die Ansichten des Kindes in der Konferenz vorgetragen wurden: Falls **nicht**, erklären Sie bitte warum:

Hat das Kind/der Jugendliche an dem Treffen teilgenommen?

Ja Nein

Falls **Ja**, erläutern Sie bitte, auf welche Weise das Kind/der Jugendliche dabei unterstützt wurde, etwas beizutragen. Falls **Nein**, erläutern Sie bitte, warum:

ZUSAMMENFASSUNG DER BEURTEILUNGSDISKUSSION (Es ist wichtig, die Gründe für Änderungen der Pläne für das Kind/den Jugendlichen zu protokollieren):

NOTWENDIGE ÄNDERUNGEN AM AKTUELLEN KINDERSCHUTZ PLAN

(Wie bei der Beurteilungskonferenz vereinbart)

Erkannte Entwicklungsbedarfe und Stärken und Schwierigkeiten in jeder Domain	Wie wird auf diese Bedürfnisse reagiert: <i>Maßnahmen oder Leistungen die vorgenommen werden/ gestellt werden</i>	Häufigkeit und Dauer der Leistung: <i>z.B. Stunden pro Woche</i>	Verantwortliche Person/Behörde	Beginn der Leistung (Datum)	Beendigung der Leistung (falls zutreffend)	Geplante Ergebnisse: <i>Fortschritte, die bis zur nächsten Überprüfung (oder einem anderen vorbestimmten Termin) erreicht werden sollen</i>
Entwicklungsbedarfe des Kindes						
Kompetenzen der Eltern						
Familien- und Umweltfaktoren						

Datum geplant für nächste Kinder in Not Konferenz:

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Bitte geben Sie Einzelheiten an, falls ein Teilnehmer an dem Überprüfungsprozess den Entscheidungen/Empfehlungen nicht zustimmt:

VERTEILUNG VON TEIL 2: (Zusammenfassung der Beurteilungskonferenz aus der Sicht des Vorsitzenden und Änderungen am Kinder in Not Plan)

Teilnehmer	Name	Verteilt: <i>Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, wenn Sie die Kopien versandt haben</i>	Datum der Zustellung			
Kind/Jugendlicher		<input type="checkbox"/>	<table style="border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Eltern		<input type="checkbox"/>	<table style="border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Betreuungspersonen		<input type="checkbox"/>	<table style="border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Gesundheitsexperten		<input type="checkbox"/>	<table style="border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Erziehungs- und Ausbildungsexperten		<input type="checkbox"/>	<table style="border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Sozialarbeiter		<input type="checkbox"/>	<table style="border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Professor		<input type="checkbox"/>	<table style="border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Sonstige		<input type="checkbox"/>	<table style="border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				