

IMPRESSUM

Herausgeberin:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Telefon: 0221 8992 0
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de/bundesinitiative

Verantwortlich für den Inhalt:

Mechthild Paul

Konzeption:

Ilona Renner, Diana Hammes, Eva Sandner
(Nationales Zentrum Frühe Hilfen)
in Kooperation mit Dr. Gertrud Ayerle, Elke Mattern MSc
(Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg)

Gestaltung:

Lübbecke / Naumann / Thoben, Köln

Druck:

N.N., vollständige Adresse

Auflage:

X.XXX.XX.X

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin
oder Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestelladressen:

E-Mail: order@bzga.de

Fax: 0221 8992-257

Post: BZgA, 51101 Köln

Die aktuelle Publikationsliste und Informationen zu
weiteren Materialien finden Sie unter: www.fruehehilfen.de

Bestellnummer: 16000141

Einführung

WELCHEN ZWECK ERFÜLLT DIE DOKUMENTATIONSVORLAGE?

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) hat in Kooperation mit der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg die *Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich* entwickelt. Die Dokumentationsvorlage kann kostenlos über www.fruehehilfen.de bestellt werden.

Sie ist ein Serviceangebot für Familienhebammen und Angehörige vergleichbarer Gesundheitsberufe. Mit dieser Vorlage können Sie Ihrer Dokumentationspflicht vollständig nachkommen, was Ihnen auch Rechtssicherheit gibt.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Bundesinitiative 2012 – 2015 Frühe Hilfen durch das NZFH wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, basierend auf einem Teil der Fragen im vorliegenden Dokumentationsbogen. Informationen, die von den Teilnehmerinnen an der Online-Erhebung an das NZFH übermittelt werden, sind mit einem magentafarbenen Balken und einer Nummerierung versehen. Dies erleichtert Ihnen die Orientierung im Online-Fragebogen.

WIE IST DIE DOKUMENTATIONSVORLAGE AUFGEBAUT?

Sie besteht aus mehreren Teilen:

Zentrale Angaben für jede Familie in diesem Heft

Im Herzstück der Dokumentationsvorlage werden die Kontaktdaten der Familie/ Lebensgemeinschaft, Informationen zu ihrer Lebenssituation, den elterlichen Ressourcen, Belastungen und Hilfebedarfen eingetragen. Die Angaben beziehen sich auf drei unterschiedliche Dokumentationszeiträume: »Beginn der Betreuung«, »4. Lebensmonat des Kindes« und »Abschluss der Betreuung«. Sie sind aufgrund der unterschiedlichen Farbgestaltung der Seiten gut voneinander zu unterscheiden. Um Veränderungen im Zeitverlauf abbilden zu können, werden einige Informationen wiederholt abgefragt.

Ergänzende Bestandteile für Ihre Dokumentation

Die Bestandteile »**Verlaufsdokumentation**«, »**Zielorientiertes Handeln mit der Hauptbezugsperson**«, »**Zielorientiertes Handeln - Übersicht**« sowie die Formulare zur »**Kindeswohlgefährdung**« vervollständigen die Dokumentationsvorlage. Diese Elemente werden Ihnen in einem Blockformat zur Verfügung gestellt. Die Seiten dieser Elemente sind einzeln aus- und wieder einheftbar, so dass Sie – je nach Bedarf der individuellen Betreuung – Exemplare der verschiedenen Vorlagen zu der Dokumentation in die Mappe hinzunehmen können. Diese Elemente werden in der linken Abheftmöglichkeit der Mappe einsortiert.

Als weiteres Element steht Ihnen eine »**Schweigepflichtentbindung**« zur Verfügung, die Sie bei Bedarf einsetzen können.

Wenn Sie weitere Exemplare der verschiedenen Bestandteile der Dokumentationsvorlage benötigen, können Sie diese kostenfrei auf www.fruehehilfen.de bestellen.

VOLLSTÄNDIGKEIT DER DOKUMENTATION UND SUBJEKTIVITÄT DER ANGABEN

Sie werden nicht immer alle zu dokumentierenden Informationen im Laufe der Betreuung einer Familie/ Lebenspartnerschaft erhalten. Dies ist auch nicht zwingend erforderlich. Jede Familie/ Lebenspartnerschaft ist anders und benötigt Ihre individuelle Unterstützung. Bitte betrachten Sie die Fragen und Antwortkategorien daher als Erinnerungstütze oder Anker, die Sie ggf. auf Ressourcen oder auch Belastungen in der Familie/ Lebenspartnerschaft aufmerksam machen kann, die Sie im weiteren Betreuungsverlauf mit der Familie besprechen möchten – jedoch nicht müssen!

BEGINN DER BETREUUNG

Kind (Name):	ET	
	Geburtsdatum	

Erster persönlicher Kontakt am:

Mutter (Name):	Partner/Partnerin (Name):	Wichtige andere Person (Name):
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:	Adresse:
Tel.-Festnetz:	Tel.-Festnetz:	Tel.-Festnetz:
Handy / E-Mail:	Handy / E-Mail:	Handy / E-Mail:
Sonstige wichtige Information:		

Wichtige Ansprechpartner / innen	Name	Telefonnummer
Krankenkasse der Mutter		
Hebamme		
Hausarzt/-ärztin		
Kinderarzt/-ärztin		
Gynäkologe/Gynäkologin		
Facharzt/-ärztin		
Netzwerkpartner/-innen		
Koordinator/-in lokales Netzwerk		
Person, die bei Sprachschwierigkeiten unterstützt, Hilfe zum Dolmetschen		
Sonstige:		

1	Datum Ihres ersten Hausbesuchs						
	Alter des Kindes bei Ihrem ersten Hausbesuch	in Wochen					

Die Betreuung kam zustande durch *Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an. Mehrfachnennungen sind möglich.*

2	<input type="checkbox"/> Initiative der Hauptbezugsperson
	<input type="checkbox"/> Initiative einer Person der Familie / Lebensgemeinschaft
	<input type="checkbox"/> Initiative von Verwandten, Freunden, Bekannten
	<input type="checkbox"/> Initiative anderer Akteure / Einrichtungen Wenn dies zutrifft, dann beantworten Sie die folgende Abfrage:

Durch welche Akteure oder Einrichtungen kam die Betreuung zustande?

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an. Mehrfachnennungen sind möglich.

3	Gesundheitssystem	Kinder- und Jugendhilfe	Andere Akteure
	<input type="checkbox"/> Familienhebamme (andere)	<input type="checkbox"/> KoKi – Netzwerk frühe Kindheit	<input type="checkbox"/> Familiengericht
	<input type="checkbox"/> Freiberuflich tätige Hebamme	<input type="checkbox"/> Beistand / Amtspfleger / Amtsvormund	<input type="checkbox"/> Frauenhaus/ Frauenberatungsstelle
	<input type="checkbox"/> Geburtsklinik	<input type="checkbox"/> Clearingstelle (Fall-Assessment)	<input type="checkbox"/> Frühförderung
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Sozialpäd. Familienhilfe / Erziehungsbeistandschaft / Betreuungshilfe	<input type="checkbox"/> Gerichtliche/-r Betreuer/-in
	<input type="checkbox"/> Kinderklinik	<input type="checkbox"/> Jugendamt / ASD / KSD / Bezirkssozialarbeit (BSA)	<input type="checkbox"/> Jobcenter
	<input type="checkbox"/> Gynäkologische Praxis	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendheim, betreute Jugend-Tagesgruppe	<input type="checkbox"/> Schuldnerberatung
	<input type="checkbox"/> Kinderärztliche Praxis	<input type="checkbox"/> Lebens-/Familienberatungsstelle	<input type="checkbox"/> Schule
	<input type="checkbox"/> Andere Arztpraxis	<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Heim	<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsberatungsstelle
	<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum	<input type="checkbox"/> Kindertagespflege	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
		<input type="checkbox"/> Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung	<input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle/ Substitutionsambulanz
		<input type="checkbox"/> Kindertagesstätte	<input type="checkbox"/> Spezielles Programm der Frühen Hilfen (z.B. STEEP, SAFE, u.a.)
	<input type="checkbox"/> Andere		

Indikation der Betreuung *Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an.*

4	<input type="checkbox"/> Freiwillige Hilfeannahme bei Anzeichen für eine besonders belastende Situation der Familie (Frühe Hilfen)
	<input type="checkbox"/> Hilfe als Auflage des Familiengerichtes zum Schutz des Kindes (keine freiwillige Hilfeannahme; Zwangskontext)

Angaben zur Mutter

Anamnese der Mutter

Lebensgewohnheiten, Erleben von Gesundheit (Bewegung, Ernährung, Freizeitgestaltung, Suchtverhalten)

Familiäre Erkrankungen

Besondere Lebensereignisse

Sonstiges (Persönlichkeit, Stärken und Werte)

Geburtshilfliche Anamnese der Mutter

Informationen zu / Erleben von **früheren Schwangerschaften**

Informationen zu / Erleben von **früheren Geburten**

Informationen zu / Erleben von **Wochenbett und Stillzeit nach früheren Geburten**

Anamnese in der jetzigen Schwangerschaft

Erkrankungen/Beschwerden
Schwangerschaftsvorsorge, Informationen aus dem Mutterpass
Geburtsvorbereitung
Geburtsplanung

un vollendete Schwangerschaftswoche bei persönlichem Erstkontakt mit Hebamme oder Frauenärztin/-arzt <div style="float: right; width: 100px; height: 20px; background-color: #d9ead3; border: 1px solid #ccc;"></div>

Anamnese zur Zeit nach der Geburt

Ernährung / Stillen des Kindes aus Sicht der Mutter
Bindung / Beziehung zum Kind
Gynäkologische Abschlussuntersuchung am
Verhütung
Rückbildung
Beobachtungen zum sozialen Umfeld der Mutter

Situation der Hauptbezugsperson

Angaben zur **Hauptbezugsperson** des Kindes bzw.
in der Schwangerschaft zur leiblichen Mutter des Kindes

Das Kind kann eine oder mehrere Bezugspersonen haben. Für die Zuordnung der Antworten ist es wichtig, dass sich die Antworten auf **nur eine Hauptbezugsperson** beziehen.

Die Hauptbezugsperson ist *Bitte kreuzen Sie genau eine Hauptbezugsperson an.*

Geburtsjahr

--	--	--	--

6	<input type="checkbox"/> die leibliche Mutter	<input type="checkbox"/> der leibliche Vater
	<input type="checkbox"/> die soziale Mutter	<input type="checkbox"/> der soziale Vater
	<input type="checkbox"/> eine andere Person <i>(in Bezug zum Kind: z.B. »Großmutter«)</i>	
	<input type="checkbox"/> welche	

Schulische Ausbildung *Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an.*

Bitte geben Sie den höchsten Schulabschluss an, den die Hauptbezugsperson bisher erreicht hat.

7	<input type="checkbox"/> Schüler/-in <i>(an allgemeinbildender Vollzeitschule, einschließlich Förderschulen)</i>
	<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss vorhanden
	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <i>(Volksschulabschluss)</i>
	<input type="checkbox"/> Realschulabschluss <i>(Mittlere Reife)</i> oder gleichwertiger Abschluss
	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule
	<input type="checkbox"/> Abitur / Hochschulreife
	<input type="checkbox"/> Einen anderen Schulabschluss <input type="checkbox"/> welcher

Berufliche Ausbildung *Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an. Mehrfachnennungen sind möglich.*

Bitte geben Sie den höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss an.

8	<input type="checkbox"/> Keinen beruflichen Abschluss und nicht in beruflicher Ausbildung
	<input type="checkbox"/> Noch in berufsschulischer / beruflicher Ausbildung <i>(Berufsvorbereitungsjahr, Auszubildende/-r, Praktikant/-in)</i>
	<input type="checkbox"/> Noch im Studium
	<input type="checkbox"/> Beruflich-betriebliche oder beruflich-schulische Berufsausbildung <i>(Lehre)</i> abgeschlossen
	<input type="checkbox"/> Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
	<input type="checkbox"/> Universitätsabschluss, Fachhochschulabschluss <i>(z.B. Diplom, Magister, Staatsexamen, Bachelor, Master)</i>
	<input type="checkbox"/> Einen anderen beruflichen Abschluss <input type="checkbox"/> welcher

Wohnsituation bei Beginn der Betreuung *Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an bzw. machen Sie nähere Angaben dazu.*

9	<input type="checkbox"/> Lebt mit Kindsvater/Kindsmutter zusammen
	<input type="checkbox"/> Lebt alleine ohne (Ehe-) Partner / Partnerin
	<input type="checkbox"/> Lebt mit neuem Partner/neuer Partnerin zusammen, der/die nicht Kindsvater / Kindsmutter ist (Stiefelternkonstellation)
	<input type="checkbox"/> Lebt mit eigenen Eltern / Schwiegereltern (Großeltern des Kindes) zusammen
	<input type="checkbox"/> Lebt in Einrichtung (z. B. Frauenhaus, Mutter-Kind-Heim)
	<input type="checkbox"/> Ist obdachlos
	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Migrationsstatus *Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an bzw. machen Sie nähere Angaben dazu.*

10	Ist die Hauptbezugsperson auf dem heutigen Gebiet der Bundesrepublik Deutschland geboren?	<input type="checkbox"/> Ja	
		<input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> keine Angabe	
	Besitzt die Hauptbezugsperson die deutsche Staatsangehörigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja, nur die deutsche Staatsangehörigkeit	
		<input type="checkbox"/> Ja, die deutsche und mindestens eine ausländische Staatsangehörigkeit	
		<input type="checkbox"/> Nein	
	Welche ausländische Staatsangehörigkeit besitzt die Hauptbezugsperson?		<input type="checkbox"/> keine Angabe
	Ist mindestens ein Elternteil der Hauptbezugsperson ausländischer Herkunft, d.h. im Ausland geboren?	<input type="checkbox"/> Ja	
		<input type="checkbox"/> Nein	
		<input type="checkbox"/> keine Angabe	
	Welche Sprache wird in der Familie / Lebensgemeinschaft vorrangig gesprochen?	<input type="checkbox"/> deutsch	
		<input type="checkbox"/> nicht-deutsch	
Welche Sprache(n) außer deutsch wird/werden in der Familie/Lebensgemeinschaft gesprochen?		<input type="checkbox"/>	
Hat die Hauptbezugsperson des Kindes allgemein Verständigungsschwierigkeiten aufgrund geringer Deutschkenntnisse?	<input type="checkbox"/> Ja		
	<input type="checkbox"/> Nein		

Religionszugehörigkeit *Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an bzw. machen Sie nähere Angaben dazu.*

11	Welche Religionszugehörigkeit hat die Hauptbezugsperson?			
	Ist die Familie/Lebensgemeinschaft religiös?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht sicher erkennbar

Situation der Familie / Lebensgemeinschaft

Angaben zur Gesamtsituation der Familie/Lebensgemeinschaft

Bitte machen Sie Angaben **a) für die Hauptbezugsperson des Kindes**
b) für eine weitere Person der Familie/Lebensgemeinschaft (wenn vorhanden),
 die neben der Hauptbezugsperson **die meiste Zeit mit dem Kind verbringt**

Wer ist diese weitere Person? in Bezug zum Kind: z.B. »Großmutter«, »sozialer Vater«

Erwerbssituation IM MONAT VOR EINTRITT der Schwangerschaft

Bitte setzen Sie rechts von der zutreffenden Aussage ein Kreuz in jede Spalte.

12		Hauptbezugsperson	weitere Person
	Nicht erwerbstätig		
	Vollzeiterwerbstätig		
	Teilzeiterwerbstätig		
	Geringfügig erwerbstätig, 400-Euro-Job, Minijob, unregelmäßig beschäftigt, »Ein-Euro-Job«		
	Nicht bekannt		

Lebenssituation nicht-erwerbstätiger Personen IM MONAT VOR EINTRITT der Schwangerschaft

Bitte setzen Sie rechts von der zutreffenden Aussage ein Kreuz in jede Spalte. Mehrfachnennungen sind möglich.

13		Hauptbezugsperson	weitere Person
	Schüler/-in an einer allgemeinbildenden Schule		
	Student/-in		
	In beruflicher Ausbildung/Lehre		
	Arbeitslose/-r		
	Dauerhaft Erwerbsunfähige Bescheid eines Rentenversicherungsträgers bzw. Sozialhilfeträgers liegt vor, weniger als 3 Stunden pro Woche arbeiten zu können		
	Hausfrau/Hausmann		
	Freiwillige/-r im Freiwilligen Sozialen Jahr/ Bundesfreiwilligendienst		
	In Elternzeit		
	Asylbewerber/-in		
	Sonstiges		

Finanzielle Situation bei Betreuungsbeginn Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an.

14	Die finanzielle Situation wird von der Hauptbezugsperson als belastend empfunden	ja	nein	Nicht sicher erkennbar
	Transferleistungen und/oder Stiftungsgelder stehen der Familie/ Lebensgemeinschaft zu	ja	nein	Nicht sicher erkennbar
	Eine Person oder mehrere Personen im Haushalt sind verschuldet oder privatinsolvent	ja	nein	Nicht sicher erkennbar

Angaben zum Kind

Angaben zum Kind *Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Aussagen an bzw. machen Sie nähere Angaben dazu.*

15	Name des Kindes						
	Geburts-/Kinderklinik						
	Geburtsdatum						
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> ♂	<input type="checkbox"/> ♀				
	Geburt in SSW	<input type="checkbox"/>					
	Geburtsmodus						
	Geburtsgewicht					in Gramm	
	Gewicht des Kindes bei Ihrem ersten Besuch					in Gramm	
	Gewicht des Kindes	<input type="checkbox"/> angemessen		<input type="checkbox"/> nicht angemessen			
	Hat der Säugling eine körperliche Behinderung oder eine chronische Krankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nicht sicher erkennbar			
	Weist der Säugling Besonderheiten auf (z.B. erhöhte Fürsorgeanforderung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nicht sicher erkennbar			
	Welche Besonderheiten weist der Säugling auf?						
	Handelt es sich um eine Mehrlingsgeburt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nicht sicher erkennbar			
	Insgesamt belastende Startbedingungen für das Kind / die Familie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nicht sicher erkennbar			

Anamnese zum Kind *Bitte machen Sie nähere Angaben zu Ihren Beobachtungen und Wahrnehmungen.*

Medizinisches Screening						
Positive Merkmale / Verhalten des Kindes						
Auffälliges kindliches Verhalten						

Angaben zum Kind

Schreiverhalten und Beruhigungsfähigkeit

.....

.....

.....

Schlafverhalten und Schlafsituation des Kindes

.....

.....

.....

Ernährung des Kindes

.....

.....

.....

.....

Regulationsstörungen des Kindes

16	Exzessives Schreien / starke Unruhe des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei
	Schlafstörungen des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei
	Fütterstörungen des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei

Regelungen zu den Themen: Sorgerecht, Vormundschaft, Umgangsrecht

.....

.....

.....

.....

Angaben zu Geschwistern

Angaben zu den (leiblichen) Geschwistern des Säuglings

Nur die Angaben zum Geburtsjahr und zur Haushaltszugehörigkeit werden an das NZFH übermittelt.

Kind	1		2		3		4	
Name								
Geschlecht	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
17 Geburtsjahr								
Besonderheiten zum Zeitpunkt der Geburt und / oder im weiteren Kindesalter								
Besonderheiten des Kindes (z.B. erhöhte Fürsorgeanforderung)								
18 Lebt im gleichen Haushalt wie der Säugling	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Aufenthaltort des Kindes (z.B. immer / stundenweise)								
Umgangsregelung								
Sonstiges								

Ressourcen und Hilfebedarf

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und setzen Sie in jeder Zeile nur ein Kreuz. Dabei können Sie beispielsweise die Angaben »Trifft überhaupt nicht zu« oder »Trifft voll und ganz zu« ankreuzen oder Ihre Aussage zwischen diesen beiden Angaben abstufen (d.h. das zweite, dritte oder vierte Kästchen ankreuzen), je nachdem zu welchem Grad diese Aussage zutrifft.

I. Verantwortungsübernahme

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
19	... beteiligt sich aktiv an der Formulierung von Zielen der Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
20	... bewältigt notwendige Aufgaben der Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
21	... bemüht sich um die Sicherung des Lebensunterhalts, einschließlich Wohnsituation, Aufenthalts-Status, Ausbildung, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
22	... bemüht sich um die Antragstellung von Transferleistungen und/ oder Stiftungsgelder, einschließlich der Kontaktaufnahme mit zuständigen Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar

II. Inanspruchnahme von Leistungen und Angeboten

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
23	... nutzt präventive Leistungen im Gesundheitswesen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
24	... nutzt andere Angebote der Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
25	... nutzt andere Angebote, die nicht Teil der Frühen Hilfen sind (z.B. Schuldnerberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
26	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Lernschwäche oder geistiger Behinderung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
27	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei körperlicher Erkrankung oder Behinderung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
28	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei psychischer Erkrankung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
29	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Suchterkrankung an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar

III. Soziale Unterstützung

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
30	... benötigt mehr praktische und emotionale Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld als sie gegenwärtig erhält	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
31	... ist subjektiv unzufrieden mit der praktischen und emotionalen Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld, die sie gegenwärtig erhält	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

IV. Gesundheitliche Ressourcen des Kindes

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
32	... ernährt das Kind altersgemäß und gesund	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
33	... stellt die notwendige Pflege des Kindes sicher	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
34	... schützt das Kind vor unangemessenen äußeren Reizen (z.B. Hitze, Kälte, hoher Geräuschpegel, etc.)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
35	... ergreift bei Erkrankung des Kindes erforderliche Maßnahmen (z.B. Arztbesuch bei fieberhafter Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
36	... sorgt für die Sicherheit des Kindes durch Maßnahmen der Unfallvermeidung	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

V. Beziehungsgestaltung mit dem Kind

Die Hauptbezugsperson...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
37	... nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Kindes wahr	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
38	... nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
39	... reagiert angemessen auf die körperlichen Bedürfnisse des Kindes	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
40	... reagiert angemessen auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
41	... wendet sich dem Kind aktiv zu (Blick- und Körperkontakt, Ansprache)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
42	... zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

Belastungen der Familie

Welche Belastung hat bzw. welches Verhalten zeigt die Hauptbezugsperson oder irgend eine weitere Person im Haushalt zum gegenwärtigen Zeitpunkt?

Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz für die **Hauptbezugsperson** (bitte links ankreuzen) und eine **weitere Person** im Haushalt (bitte rechts ankreuzen).

Die Angaben zu den Belastungen einer weiteren Person können sich auf mehrere Personen beziehen.

Die Hauptbezugsperson ...				Eine weitere Person im Haushalt ...		
Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar		Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar
43			...hat unzureichendes Wissen über eine gesunde Lebensweise			
44			...hat eine schwere körperliche Erkrankung			
45			...hat eine körperliche Behinderung			
46			...zeigt Anzeichen für eine geistige Behinderung			
47			...zeigt Anzeichen für eine psychische Erkrankung			
48			...empfindet eine oder mehrere der eigenen oben genannten Erkrankungen / Behinderungen als stark einschränkend			

Aussagen zur Erwünschtheit der Schwangerschaft

49			...empfand die Schwangerschaft zu deren Beginn als unerwünscht			
50			...sieht die Schwangerschaft/ das Kind zum jetzigen Zeitpunkt als unerwünscht an			

Aussagen zu Belastungen im eigenen Kinder- oder Jugendalter

51			...ist mit Heimerziehung oder mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen			
52			...erfuhr als Kind oder im Jugendalter Vernachlässigung oder körperliche, emotionale oder sexualisierte Gewalt			

Aussagen zum Erleben oder Ausüben von Gewalt

53			...ist körperlicher Gewalt ausgesetzt			
54			...ist emotionaler / seelischer Gewalt ausgesetzt			
55			...ist sexualisierter Gewalt ausgesetzt			
56			...übt körperliche Gewalt aus			
57			...übt emotionale Gewalt aus			
58			...übt sexualisierte Gewalt aus			

Aussage zur Inobhutnahme leiblicher Kinder

59			...musste mindestens ein leibliches Kind in Obhut geben			
----	--	--	---	--	--	--

Die Hauptbezugsperson ...			Eine weitere Person im Haushalt ...		
Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar	Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar

Aussagen zum Suchtverhalten und Verhalten gegenüber dem Kind (nach der Geburt eintragen)

60			...raucht in Anwesenheit des Kindes			
61			...vernachlässigt aufgrund Alkoholkonsum die Verantwortung für das Kind			
62			...konsumiert Drogen			
63			...nimmt an einem Substituierungs-Programm teil (z.B. mit Methadon)			
64			...schenkt Fernsehen, Computer oder Handy mehr Aufmerksamkeit als es für die Beziehung zum Kind zuträglich ist			
65			...überfordert das Kind (z.B. durch Überreizung)			
66			...verhält sich dem Kind gegenüber feindselig und abwertend			
67			...fühlt sich vom Kind abgelehnt			
68			...ist interesselos, niedergeschlagen, antriebslos - insbesondere hinsichtlich des Kindes			
69			...verhält sich unberechenbar und chaotisch (ist emotional instabil)			
70			...ist impulsiv bzw. verfügt über eine mangelnde Selbstregulation (z.B. Ausbrüche intensiven Ärgers)			

Generelle Überforderung

	Ja	Nein	
71			Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie/Lebensgemeinschaft zu übersteigen
72			Die Hauptbezugsperson wirkt stark erschöpft

Hoher Unterstützungsbedarf

	Ja	Nein	
73			Eine einzelne Belastung oder mehrere Belastungen in der Familie/ Lebensgemeinschaft sind so stark ausgeprägt, dass zusätzliche Unterstützung notwendig ist, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden.
	Frage-nummern		Bitte geben Sie an, auf welche der oben genannte(n) Belastung(en) sich Ihre Einschätzung bezieht (Fragennummern 43 bis 70). Notieren Sie dazu die o.a. Fragenummer und ergänzen ggf. die Zusatzblätter »Vorgehen bei gewichtigem Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung«.

4. LEBENSMONAT DES KINDES

Ressourcen und Hilfebedarf

Gegenwärtig ist die Hauptbezugsperson des Kindes

Bitte kreuzen Sie genau eine Hauptbezugsperson an.

Geburtsjahr

--	--	--	--

1	<input type="checkbox"/> die leibliche Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> der leibliche Vater
	<input type="checkbox"/> die soziale Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> der soziale Vater
	<input type="checkbox"/> eine andere Person (in Bezug zum Kind: z.B. »Großmutter«)		
	<input type="checkbox"/> welche		

I. Verantwortungsübernahme

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
2	... beteiligt sich aktiv an der Formulierung von Zielen der Betreuung	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
3	... bewältigt notwendige Aufgaben der Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
4	... bemüht sich um die Sicherung des Lebensunterhalts, einschließlich Wohnsituation, Aufenthalts-Status, Ausbildung, etc.	Kein Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
5	... bemüht sich um die Antragstellung von Transferleistungen und/ oder Stiftungsgelder, einschließlich der Kontaktaufnahme mit zuständigen Stellen	Kein Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar

II. Inanspruchnahme von Leistungen und Angeboten

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
6	... nutzt präventive Leistungen im Gesundheitswesen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
7	... nutzt andere Angebote der Frühen Hilfen	Kein Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
8	... nutzt andere Angebote, die nicht Teil der Frühen Hilfen sind (z.B. Schuldnerberatung)	Kein Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
9	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Lernschwäche oder geistiger Behinderung an	Kein Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
10	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei körperlicher Erkrankung oder Behinderung an	Kein Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
11	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei psychischer Erkrankung an	Kein Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar
12	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Suchterkrankung an	Kein Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar

III. Soziale Unterstützung

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
13	... benötigt mehr praktische und emotionale Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld als sie gegenwärtig erhält	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
14	... ist subjektiv unzufrieden mit der praktischen und emotionalen Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld, die sie gegenwärtig erhält	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

IV. Gesundheitliche Ressourcen des Kindes

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
15	... ernährt das Kind altersgemäß und gesund	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
16	... stellt die notwendige Pflege des Kindes sicher	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
17	... schützt das Kind vor unangemessenen äußeren Reizen (z.B. Hitze, Kälte, hoher Geräuschpegel, etc.)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
18	... ergreift bei Erkrankung des Kindes erforderliche Maßnahmen (z.B. Arztbesuch bei fieberhafter Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
19	... sorgt für die Sicherheit des Kindes durch Maßnahmen der Unfallvermeidung	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

V. Beziehungsgestaltung mit dem Kind

Die Hauptbezugsperson...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
20	... nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Kindes wahr	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
21	... nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
22	... reagiert angemessen auf die körperlichen Bedürfnisse des Kindes	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
23	... reagiert angemessen auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
24	... wendet sich dem Kind aktiv zu (Blick- und Körperkontakt, Ansprache)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
25	... zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

4. LEBENSMONAT DES KINDES

Belastungen der Familie

Aussagen zum Suchtverhalten der Hauptbezugsperson oder irgend einer weiteren Person im Haushalt

Welches Verhalten zeigt die **Hauptbezugsperson** (bitte links ankreuzen) oder **eine weitere Person** im Haushalt (bitte rechts ankreuzen) zum gegenwärtigen Zeitpunkt? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an bzw. machen Sie nähere Angaben dazu.

Die Hauptbezugsperson ...				Eine weitere Person im Haushalt ...			
Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar		Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar	
26			...raucht in Anwesenheit des Kindes				
27			...vernachlässigt aufgrund Alkoholkonsum die Verantwortung für das Kind				
28			...konsumiert Drogen				
29			...nimmt an einem Substituierungs-Programm teil (z.B. mit Methadon)				
30			...schenkt Fernsehen, Computer oder Handy mehr Aufmerksamkeit als es für die Beziehung zum Kind zuträglich ist				

Regulationsstörungen des Kindes

31	Exzessives Schreien / starke Unruhe des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei
32	Schlafstörungen des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei
33	Fütterstörungen des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei

Generelle Überforderung

Ja	Nein	
34		Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie/Lebensgemeinschaft zu übersteigen
35		Die Hauptbezugsperson wirkt stark erschöpft

Hoher Unterstützungsbedarf

Ja	Nein	
36		Eine einzelne Belastung oder mehrere Belastungen in der Familie/ Lebensgemeinschaft sind so stark ausgeprägt, dass zusätzliche Unterstützung notwendig ist, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden.
	Frage-nummern	Bitte geben Sie an, auf welche der oben genannte(n) Belastung(en) (Fragennummern 26 bis 30) oder noch bestehende(n) Belastung(en) von Beginn der Betreuung (Fragennummern 43 bis 70 auf den Seiten 16 und 17) sich Ihre Einschätzung bezieht. Notieren Sie dazu die Frage-nummer und ergänzen ggf. die Zusatzblätter »Vorgehen bei gewichtigem Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung«.

Angaben zum Kind und zum Umfeld des Kindes

Stillen des Kindes

37	Die Mutter hat nach der Geburt mit dem Stillen begonnen bzw. abgepumpte Milch gefüttert	ja	nein	Nicht sicher erkennbar
38	Das Kind wird zurzeit noch ausschließlich bzw. überwiegend gestillt	ja	nein	

Gewicht des Kindes

39	Gewicht des Kindes	angemessen	nicht angemessen	Gewicht in Gramm				
----	--------------------	------------	------------------	------------------	--	--	--	--

Wohnung, in der der Säugling lebt

40	Schlafplatz des Säuglings ist entsprechend der Prävention des Plötzlichen Kindstod eingerichtet	ja	nein	
41	Hygienische Gegebenheiten sind der Gesundheit des Säuglings zuträglich	ja	nein	teilweise
42	Die Tierhaltung ist der Gesundheit des Säuglings zuträglich umgesetzt	ja	nein	kein Tier im Haushalt

Ihre Notizen

Blank area for notes with horizontal dashed lines.

Ressourcen und Hilfebedarf

Gegenwärtig ist die Hauptbezugsperson des Kindes

Bitte kreuzen Sie genau eine Hauptbezugsperson an.

Geburtsjahr

--	--	--	--

1	<input type="checkbox"/> die leibliche Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> der leibliche Vater
	<input type="checkbox"/> die soziale Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> der soziale Vater
	<input type="checkbox"/> eine andere Person (in Bezug zum Kind: z.B. »Großmutter«)		
	welche		

2	Die Mutter des Kindes ist erneut schwanger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt
---	--	-----------------------------	-------------------------------	--

I. Verantwortungsübernahme

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
3	... beteiligt sich aktiv an der Formulierung von Zielen der Betreuung	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
4	... bewältigt notwendige Aufgaben der Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
5	... bemüht sich um die Sicherung des Lebensunterhalts, einschließlich Wohnsituation, Aufenthalts-Status, Ausbildung, etc.	<input type="checkbox"/>	Kein Bedarf Nicht sicher erkennbar				
6	... bemüht sich um die Antragstellung von Transferleistungen und/ oder Stiftungsgelder, einschließlich der Kontaktaufnahme mit zuständigen Stellen	<input type="checkbox"/>	Kein Bedarf Nicht sicher erkennbar				

II. Inanspruchnahme von Leistungen und Angeboten

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
7	... nutzt präventive Leistungen im Gesundheitswesen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
8	... nutzt andere Angebote der Frühen Hilfen	<input type="checkbox"/>	Kein Bedarf Nicht sicher erkennbar				
9	... nutzt andere Angebote, die nicht Teil der Frühen Hilfen sind (z.B. Schuldnerberatung)	<input type="checkbox"/>	Kein Bedarf Nicht sicher erkennbar				
10	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Lernschwäche oder geistiger Behinderung an	<input type="checkbox"/>	Kein Bedarf Nicht sicher erkennbar				
11	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei körperlicher Erkrankung oder Behinderung an	<input type="checkbox"/>	Kein Bedarf Nicht sicher erkennbar				
12	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei psychischer Erkrankung an	<input type="checkbox"/>	Kein Bedarf Nicht sicher erkennbar				
13	... nimmt professionelle Hilfe und Unterstützung bei Suchterkrankung an	<input type="checkbox"/>	Kein Bedarf Nicht sicher erkennbar				

III. Soziale Unterstützung

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
14	... benötigt mehr praktische und emotionale Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld als sie gegenwärtig erhält	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
15	... ist subjektiv unzufrieden mit der praktischen und emotionalen Hilfe aus ihrem sozialen Umfeld, die sie gegenwärtig erhält	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

IV. Gesundheitliche Ressourcen des Kindes

Die Familie/Lebensgemeinschaft...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
16	... ernährt das Kind altersgemäß und gesund	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
17	... stellt die notwendige Pflege des Kindes sicher	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
18	... schützt das Kind vor unangemessenen äußeren Reizen (z.B. Hitze, Kälte, hoher Geräuschpegel, etc.)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
19	... ergreift bei Erkrankung des Kindes erforderliche Maßnahmen (z.B. Arztbesuch bei fieberhafter Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
20	... sorgt für die Sicherheit des Kindes durch Maßnahmen der Unfallvermeidung	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

V. Beziehungsgestaltung mit dem Kind

Die Hauptbezugsperson...		Trifft zu					
		überhaupt nicht				voll und ganz	
21	... nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Kindes wahr	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
22	... nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
23	... reagiert angemessen auf die körperlichen Bedürfnisse des Kindes	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
24	... reagiert angemessen auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
25	... wendet sich dem Kind aktiv zu (Blick- und Körperkontakt, Ansprache)	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				
26	... zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit	<input type="checkbox"/>	Nicht sicher erkennbar				

Belastungen der Familie

Aussagen zum Suchtverhalten der Hauptbezugsperson oder irgend einer weiteren Person im Haushalt

Welches Verhalten zeigt die **Hauptbezugsperson** (bitte links ankreuzen) oder **eine weitere Person** im Haushalt (bitte rechts ankreuzen) zum gegenwärtigen Zeitpunkt? Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an bzw. machen Sie nähere Angaben dazu.

Die Hauptbezugsperson ...				Eine weitere Person im Haushalt ...			
Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar		Ja	Nein	Nicht sicher erkennbar	
27			...raucht in Anwesenheit des Kindes				
28			...vernachlässigt aufgrund Alkoholkonsum die Verantwortung für das Kind				
29			...konsumiert Drogen				
30			...nimmt an einem Substituierungs-Programm teil (z.B. mit Methadon)				
31			...schenkt Fernsehen, Computer oder Handy mehr Aufmerksamkeit als es für die Beziehung zum Kind zuträglich ist				

Regulationsstörungen des Kindes

32	Exzessives Schreien / starke Unruhe des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei
33	Schlafstörungen des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei
34	Fütterstörungen des Kindes	nein	ja	Wenn ja, ...	nicht in Behandlung	in Behandlung:	bei

Generelle Überforderung

Ja	Nein	
35		Die momentanen Belastungen drohen die Bewältigungsmöglichkeiten der Familie/Lebensgemeinschaft zu übersteigen
36		Die Hauptbezugsperson wirkt stark erschöpft

Hoher Unterstützungsbedarf

Ja	Nein	
37		Eine einzelne Belastung oder mehrere Belastungen in der Familie/ Lebensgemeinschaft sind so stark ausgeprägt, dass zusätzliche Unterstützung notwendig ist, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden.
	Frage-nummern	Bitte geben Sie an, auf welche der oben genannte(n) Belastung(en) (Fragennummern 27 bis 31) oder noch bestehende(n) Belastung(en) von Beginn der Betreuung (Fragennummern 43 bis 70 auf den Seiten 16 und 17) sich Ihre Einschätzung bezieht. Notieren Sie dazu die Frage-nummer und ergänzen ggf. die Zusatzblätter »Vorgehen bei gewichtigem Anhaltspunkt für eine Kindeswohlgefährdung«.

Angaben zur Betreuung und Betreuungsbeendigung

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Aussagen an bzw. machen Sie nähere Angaben dazu.

46	Hausbesuche	Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Begleitung zu Terminen	Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einfache Entfernung zur Familie/ Lebensgemeinschaft	km	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hausbesuche, bei welchen die Hauptbezugsperson ungeplant nicht anwesend bzw. nicht zu sprechen war	Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erfolgte (anonyme) Fallbesprechungen/ -konferenzen	Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilnahme an Hilfeplangesprächen	Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erfolgte Kontakte zwischen Ihnen und dem/ der Koordinator/ -in	Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Telefonate zwischen Ihnen und der Hauptbezugsperson/ Lebensgemeinschaft	Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Akteure / Einrichtungen, die der Familie / Lebensgemeinschaft während der Betreuung ebenfalls Unterstützung gewährleistet haben

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Aussage an. Mehrfachnennungen sind möglich.

47	Gesundheitssystem	Kinder- und Jugendhilfe	Andere Akteure
	Familienhebamme (andere)	KoKi – Netzwerk frühe Kindheit	Familiengericht
	Freiberuflich tätige Hebamme	Beistand / Amtspfleger / Amtsvormund	Frauenhaus/ Frauenberatungsstelle
	Geburtsklinik	Clearingstelle (Fall-Assessment)	Frühförderung
	Gesundheitsamt	Sozialpäd. Familienhilfe / Erziehungsbeistandschaft / Betreuungshilfe	Gerichtliche/-r Betreuer/-in
	Kinderklinik	Jugendamt / ASD / KSD / Bezirkssozialarbeit (BSA)	Jobcenter
	Gynäkologische Praxis	Kinder- und Jugendheim, betreute Jugend-Tagesgruppe	Schuldnerberatung
	Kinderärztliche Praxis	Lebens-/Familienberatungsstelle	Schule
	Andere Arztpraxis	Mutter-Kind-Heim	Schwangerschaftsberatungsstelle
	Sozialpädiatrisches Zentrum	Kindertagespflege	Selbsthilfegruppe
		Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung	Suchtberatungsstelle/ Substitutionsambulanz
		Kindertagesstätte	Spezielles Programm der Frühen Hilfen (z.B. STEEP, SAFE, u.a.)
	Andere		

Krisen

48	Gab es Krisen während der Betreuungszeit?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Welche Krisen gab es während der Betreuungszeit?	<input type="text"/>					
49	Sind die Krisen bewältigt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	teilweise

Gründe für die Betreuungsbeendigung

50	Das Kind ist 1 Jahr alt geworden	Der Auftraggeber lehnt eine weitere Betreuung ab
	Sie sehen keinen weiteren Hilfebedarf	Es erfolgt eine Unterbringung in betreutem Wohnen (z.B. in einer anderen Region)
	Die Hauptbezugsperson sieht keinen weiteren Hilfebedarf	Die Familie/ Lebensgemeinschaft ist weggezogen
	Die Hauptbezugsperson lehnt entgegen Ihrer Empfehlung die Fortführung der Betreuung ab	Das Kind wurde in Obhut genommen
	Andere Angehörige des Kindes widersprechen einer weiterführenden Hilfe	Die Familie/ Lebensgemeinschaft ist weder persönlich noch telefonisch zu erreichen
	Sie beenden die Betreuung, da ein Zwangskontext entstanden ist und keine freiwillige Hilfeannahme mehr vorliegt	Sonstige

Wer wurde über die Beendigung informiert?

51 Gibt es aus Ihrer Sicht einen weiteren Hilfebedarf? ja nein

Sofern ein weiterer Hilfebedarf in der Familie besteht, geben Sie bitte an, durch welche Institution / welchen Akteur eine weitere Betreuung geplant ist

52	Eine andere Familienhebamme oder Angehörige vergleichbarer Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35 SGB VIII)
	Jugendamt/ ASD/ KSD/ Bezirks- Sozialarbeit (BSA)	Mutter-Kind-Heim
	Sozialpädagogische Familienhilfe/ Erziehungsbeistandschaft/ Betreuungshilfe	Kindertagesstätte
	Beratungsstelle(n)	Frühförderung
	Gerichtliche/r Betreuer/-in	Pflegefamilie oder Adoptionsfamilie
	Beistand/ Amtspfleger/ Amtsvormund	Sonstige

53 **Datum Ihres letzten Hausbesuchs**

Alter des Kindes bei Ihrem letzten Hausbesuch in Wochen

Ihre Notizen

Gefördert vom:



Träger:

