

Name der Familie _____

Datum _____

2. Belastungen

A Belastungen der (werdenden) Eltern oder einer weiteren Person im Haushalt

Die Bezugsperson/eine weitere Person im Haushalt ...	Trifft nicht zu	Trifft zum Teil zu/ nicht sicher erkennbar	Trifft zu	Anmerkungen
... hat unzureichendes Wissen über eine gesunde Lebensweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... hat eine schwere körperliche Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... hat eine körperliche Behinderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... zeigt Anzeichen einer Intelligenzminderung oder geistigen Behinderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... zeigt Anzeichen für eine psychische Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... zeigt Anzeichen für eine Suchterkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... nimmt an zeitaufwändigen Therapien teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... empfindet eine oder mehrere der eigenen oben genannten Erkrankungen/Behinderungen als stark einschränkend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... sieht die Schwangerschaft/das Kind zum jetzigen Zeitpunkt als unerwünscht an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... hat Fluchterfahrung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ist sozial oder sprachlich isoliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ist mit Heimerziehung oder mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... erfuhr als Kind oder im Jugendalter Vernachlässigung oder körperliche, emotionale oder sexualisierte Gewalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... ist körperlicher, emotionaler oder seelischer Gewalt ausgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... übt körperliche, emotionale oder seelische Gewalt aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Handlungsbedarf
