

Risiko- und Gefährdungseinschätzungsbogen einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Altersgruppe: Jugendliche 14-17 J.

Einrichtung: _____

Ort: _____

Ansprechpartner*in: _____

Tel.: _____

Beobachtungszeitraum: _____

Teilnehmer*innen der Einschätzung: _____

Datum der Einschätzung: _____

Familie:

Jugendliche/r		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Sorgerecht:	Mögliche Telefonnr.:
Bezugspersonen:	Weitere Kinder im Haushalt:	

KINDESMUTTER		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Leibliche Mutter: Stiefmutter:	Telefonnr.:

KINDESVATER		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Leiblicher Vater: Stiefvater:	Telefonnr.:

Handlungen:

Wurden die Sorgeberechtigten über die Beobachtungen informiert? <input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Wurde der/die Jugendliche über die Beobachtung informiert? <input type="checkbox"/> Ja, am _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
Anmerkungen/Gründe:

Wurde ein Hausbesuch durchgeführt?
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
Wenn nein, warum nicht?

Fand eine kollegiale Beratung statt und wurde die Leitung hinzugezogen?
Wurde Kontakt zu weiteren Fachkräften aufgenommen?
Wenn ja, mit wem?
Ergebnis:

Wurde eine anonyme Fachberatung über die Koordinierungsstelle Kinderschutz in Anspruch genommen?

Ja, am _____ Nein

Wenn nein, warum wurde keine insoweit erfahrene Fachkraft hinzugezogen?

I Situation der/des Jugendlichen:

	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Behinderungen, chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/>		
Häufige Erkrankungen, Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/>		
Auffällige Verletzungsmuster (z. B. kreisrunde Zigarettennarben, Verbrennungen, Verbrühungen, Bisswunden, Stockabdrücke, Striemen)	<input type="checkbox"/>		
Mehrfachverletzungen, Knochenbrüche, Hämatome (in verschiedenen Heilungsstadien, Narben)	<input type="checkbox"/>		
Auffällige Entzündungen im Anal- und / oder Genitalbereich (häufige Infektionen)	<input type="checkbox"/>		
Häufige Bauch-, Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>		
Vergiftungen (Müdigkeit, Apathie, Gangunsicherheit)	<input type="checkbox"/>		
Störung der Nähe-Distanz-Regulation (distanzlos, grenzenlos, besonders anhänglich)	<input type="checkbox"/>		
Entwicklungsrückstände (motorisch und sensomotorisch nicht altersgemäß)	<input type="checkbox"/>		
Problematisches Freizeitverhalten	<input type="checkbox"/>		
Störungen im Essverhalten (Bulimie, Magersucht, ständige Diäten, Mangel-, Fehlernährung)	<input type="checkbox"/>		
Emotionale Störungen (mangelndes Selbstvertrauen, anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, starke Unsicherheit, Stimmungs labilität)	<input type="checkbox"/>		
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>		
Schulschwierigkeiten (z.B. Über-, Unterforderung, geringe Lernmotivation, Schule schwänzen)	<input type="checkbox"/>		
Anzeichen für Autonomiekonflikte	<input type="checkbox"/>		
Sprachstörungen (nicht altersgemäß im sprachlichen Ausdruck und / oder Sprachverständnis)	<input type="checkbox"/>		
Schwierigkeiten im Sozialverhalten (auffallend ruhig und zurückgezogen, verschlossen, überangepasst, isoliert, motorische Unruhe, aggressiv, Hyperaktivität, provokant, unkonzentriert, sprunghaft)	<input type="checkbox"/>		
Sexualisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>		

Delinquentes Verhalten (z.B. stehlen, lügen, erpressen)	<input type="checkbox"/>		
Weglaufen, Streunen	<input type="checkbox"/>		
Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität	<input type="checkbox"/>		
Drogengebrauch (Zigaretten, Alkohol, andere Drogen)	<input type="checkbox"/>		
Verdacht auf psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>		
Chronische Müdigkeit	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

II Situation der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen, und zwar:

Person 1:	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Unerwünschte Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>		
Suchterkrankung (Tabletten, Alkohol, Drogen u. A.)	<input type="checkbox"/>		
Mangelnde Leistungsfähigkeit (z.B. aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/>		
Psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Eigene Deprivationserfahrungen, eigene Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>		
Behinderungen, Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

Ressourcen der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Fähigkeit, auf kindliche Bedürfnisse angemessen zu reagieren	<input type="checkbox"/>		
Realistische Einschätzung der kindlichen Fähigkeiten und Absichten	<input type="checkbox"/>		

Unterstützende Beziehung zum Lebenspartner	<input type="checkbox"/>		
Aufarbeitung eigener Gewalt / Deprivationserfahrungen	<input type="checkbox"/>		
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

Interaktion zwischen Jugendlichen und Mutter / Vater / anderer Bezugsperson, und zwar:

Person 1:	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Negativer Umgangston (z.B. herabsetzende Äußerungen über den Jugendlichen, ständige Kritik, häufiges Anschreien, Ignorieren)	<input type="checkbox"/>		
Über-/ Unterforderung des Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
Gewalt gegen den Jugendlichen (körperlich, verbal, psychisch)	<input type="checkbox"/>		
Verdeckte oder offene Feindseligkeit gegen den Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
Schwierig empfundener Jugendlicher	<input type="checkbox"/>		
Sichere Bindung (Nähe / Distanz)	<input type="checkbox"/>		

Eingehen auf Bedürfnisse des Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung bieten	<input type="checkbox"/>		
Grenzen setzen (altersadäquat)	<input type="checkbox"/>		
Strukturierter Tagesablauf	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

II Situation der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen, und zwar:

Person 2:	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Unerwünschte Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>		

Suchterkrankung (Tabletten, Alkohol, Drogen u. A.)	<input type="checkbox"/>		
Mangelnde Leistungsfähigkeit (z.B. aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/>		
Psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Eigene Deprivationserfahrungen, eigene Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>		
Behinderungen, Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

Ressourcen der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen	vorhanden	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Fähigkeit, auf kindliche Bedürfnisse angemessen zu reagieren	<input type="checkbox"/>		
Realistische Einschätzung der kindlichen Fähigkeiten und Absichten	<input type="checkbox"/>		
Unterstützende Beziehung zum Lebenspartner	<input type="checkbox"/>		
Aufarbeitung eigener Gewalt / Deprivationserfahrungen	<input type="checkbox"/>		
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

Interaktion zwischen Jugendlichen und Mutter / Vater / anderer Bezugsperson, und zwar:

Person 2:	vorhanden	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Negativer Umgangston (z.B. herabsetzende Äußerungen über den Jugendlichen, ständige Kritik, häufiges Anschreien, Ignorieren)	<input type="checkbox"/>		
Über-/ Unterforderung des Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
Gewalt gegen den Jugendlichen (körperlich, verbal, psychisch)	<input type="checkbox"/>		
Verdeckte oder offene Feindseligkeit gegen den Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		

Schwierig empfundener Jugendlicher	<input type="checkbox"/>		
Sichere Bindung (Nähe / Distanz)	<input type="checkbox"/>		
Eingehen auf Bedürfnisse des Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung bieten	<input type="checkbox"/>		
Grenzen setzen (altersadäquat)	<input type="checkbox"/>		
Strukturierter Tagesablauf	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

III Risikofaktoren / Ressourcen der Familie:

	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Wohnsituation ausreichend	<input type="checkbox"/>		
Finanzielle Situation ausreichend (Schulden, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug)	<input type="checkbox"/>		
Integration im Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung durch Verwandte / Freunde	<input type="checkbox"/>		
Gelingender Alltag (z.B. Haushalt in Ordnung, regelmäßige Mahlzeiten, Tagesstättenbesuch, Schulbesuch)	<input type="checkbox"/>		
Besondere Belastungen (alleinerziehend, kinderreich, kulturelle Konflikte, Trennung, Scheidung)	<input type="checkbox"/>		
Gewalt in der Familie (Partnerkonflikte, Familienkonflikte, Misshandlung gegen das Kind, Geschwister)	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

Ggf. weitere Bemerkungen / Hinweise zur Einschätzung:
(Was ist wann, wo, wie oft, wann zuletzt passiert?)

IV Ergebnis der Risikoanalyse:

- Akute Kindeswohlgefährdung
- Kindeswohlgefährdung (chronisch / latent)
- Keine Gefährdung
- Es fehlen weiterhin wichtige Informationen zur Einschätzung

Kurze Zusammenfassung des Ergebnisses:

Wurde die Einschätzung an die/den Fallverantwortliche/n im Sachgebiet Erziehung und Teilhabe weitergeleitet?

- Ja, am _____
- Nein

Datum: _____

Unterschrift/en: _____