

Risiko- und Gefährdungseinschätzungsbogen einer möglichen Kindeswohlgefährdung

vorgeburtlich

Einrichtung: _____

Ort: _____

Ansprechpartner*in: _____

Tel.: _____

Beobachtungszeitraum: _____

Teilnehmer*innen der Einschätzung: _____

Datum der Einschätzung: _____

Familie:

Werdende KINDESMUTTER		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefonnummer:	

Werdender KINDESVATER		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Telefonnummer.:	

Handlungen:

Wurden die werdenden Eltern über die Beobachtungen informiert?

Ja, am _____ Nein, weil _____

Anmerkungen/Gründe:

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?

Situation der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen, und zwar:
 (bitte unterstreichen)

Person 1:	Ja	Nein	Anmerkungen
Es wird um Unterstützung/Hilfe gebeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Person 1:	Ja	Nein	Anmerkungen
Unerwünschte Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suchterkrankung (Alkohol, Tabletten, andere Drogen, Spielsucht, u. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangelnde Leistungsfähigkeit (z.B. aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigene Jugendhilfeeferfahrungen, eigene Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Behinderungen, Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unzureichende Körperhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ungepflegte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges			

Ressourcen der Person 1:	Ja	Nein	Anmerkungen
Fähigkeit, auf (kindliche) Bedürfnisse angemessen zu reagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fähigkeit, für sich alleine Termine zu vereinbaren und diese wahrzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen werden zeitnah erkannt und Unterstützung wird gesucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Realistische Einschätzung der kindlichen Fähigkeiten und Absichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterstützende Beziehung zum/zur Lebenspartner:in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aufarbeitung eigener potenzieller Gewalt- / Deprivationserfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges			

Situation der Mutter / des Vaters / der anderen Bezugspersonen, und zwar:
 (bitte unterstreichen)

Person 2:	Ja	Nein	Anmerkungen
Es wird um Unterstützung/Hilfe gebeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Person 2:	Ja	Nein	Anmerkungen
Unerwünschte Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suchterkrankung (Alkohol, Tabletten, andere Drogen, Spielsucht, u. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangelnde Leistungsfähigkeit (z.B. aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigene Jugendhilfeeferfahrungen, eigene Gewalterfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Behinderungen, Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unzureichende Körperhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ungepflegte Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges			

Ressourcen der Person 2:	Ja	Nein	Anmerkungen
Fähigkeit, auf (kindliche) Bedürfnisse angemessen zu reagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fähigkeit, für sich alleine Termine zu vereinbaren und diese wahrzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erkrankungen werden zeitnah erkannt und Unterstützung wird gesucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Realistische Einschätzung der kindlichen Fähigkeiten und Absichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterstützende Beziehung zum/zur Lebenspartner:in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufarbeitung eigener potenzieller Gewalt- / Deprivationserfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emotionale Stabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges			

Wohnsituation

	Ja	Nein	Anmerkungen
Die Wohnung ist aufgeräumt und gepflegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Wohnung ist ausreichend möbliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es gibt Haustiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Falls ja, machen diese einen gepflegten Eindruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Wohnung ist frei von Gefahrenquellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Wohnung ist frei von Schimmel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In der Wohnung wird geraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Wohnung bietet Platz für einen geeigneten Schlafplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Integration im Wohnumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges			

Ressourcen der Familie:

	Ja	Nein	Anmerkungen
Unterstützung durch Verwandte / Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelingender Alltag (z.B. Haushalt in Ordnung, regelmäßige Mahlzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Finanzielle Rücklagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die finanzielle Situation ist ausreichend (keine Schulden, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werdende Eltern haben stabile Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es gibt einen respektvollen Umgang miteinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Risikofaktoren der Familie:

	Ja	Nein	Anmerkungen
Konflikthafte Trennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Partnerschafts-/Beziehungsgewalt (Eltern, Verwandte,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finanzielle Belastungen (Schulden, Sozialhilfebezug, geringes Einkommen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigene Jugendhilfeeferfahrungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Behinderungen/Beeinträchtigungen/Erkrankungen (körperlich, psychisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ggf. weitere Bemerkungen / Hinweise zur Einschätzung:

Was ist wann, wo, wie oft, wann zuletzt passiert?

Kurze Zusammenfassung:

Wurde die Einschätzung an die/den Fallverantwortliche/n im ASD weitergeleitet?

- Ja, am _____
- Nein

Datum: _____

Unterschrift/en: _____