

Risiko und- Gefährdungseinschätzungsbogen einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Altersgruppe: Säugling/ Kleinkind 0-3 Jahre

Einrichtung: _____

Ort: _____

Ansprechpartner*in: _____

Tel.: _____

Beobachtungszeitraum: _____

Teilnehmer*innen der Einschätzung: _____

Datum der Einschätzung: _____

Familie:

KIND		
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:

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

<p>Wurde ein Hausbesuch durchgeführt?</p>
<p>Wenn ja, mit welchem Ergebnis?</p>
<p>Wenn nein, warum nicht?</p>

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

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

Ja, am _____ Nein

Wenn nein, warum wurde keine insoweit erfahrene Fachkraft hinzugezogen?

Situation des Kindes:

	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Risikoschwangerschaft, Früh-, Mangelgeburt	<input type="checkbox"/>		
Behinderungen, chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/>		
Häufige Erkrankungen, Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/>		
Schlechter, reduzierter Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/>		
Schlechter hygienischer Zustand	<input type="checkbox"/>		
Gedeihstörungen (Unter-, Fehl-, Mangelernährung)	<input type="checkbox"/>		
Störungen bei der Nahrungsaufnahme (z.B. Verweigerung, häufiges Erbrechen, Trinkschwierigkeiten)	<input type="checkbox"/>		
Verletzungen an untypischen Stellen (Gesäß, Rücken, Genitalien, Innenflächen der Oberschenkel, Gesicht, Oberkopf, Wangen, Mundschleimhaut, Augen, Oberarminnenseiten, Streckseiten der Unterarme)	<input type="checkbox"/>		
Auffällige Verletzungsmuster (z. B. kreisrunde Zigarettennarben, Verbrennungen, Verbrühungen besonders an Händen und Füßen, Bisswunden, Handabdrücke, Stockabdrücke, Striemen, Abschnürungen)	<input type="checkbox"/>		
Mehrfachverletzungen, Knochenbrüche, Hämatome (in verschiedenen Heilungsstadien, Narben)	<input type="checkbox"/>		
Auffällige Entzündungen im Anal- und / oder Genitalbereich	<input type="checkbox"/>		
Schüttelsymptome (Stauungszeichen im Kopfbereich, Blutungen im Augenbereich, Schläfrigkeit, Erbrechen, Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>		
Vergiftungen (Müdigkeit, Apathie, Gangunsicherheit)	<input type="checkbox"/>		
Auffälligkeiten in der Interaktion (z.B. eingefrorenes Lächeln, gefrorene Aufmerksamkeit)	<input type="checkbox"/>		
Emotionale Störungen (mangelndes Selbstvertrauen, anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungs labilität)	<input type="checkbox"/>		

Schwierigkeiten im Sozialverhalten (z. B. vermeidet Körperkontakt, kein Blickkontakt, aggressives Verhalten)	<input type="checkbox"/>		
Auffallend unruhig (Schreikind, verspannt, steif, schwer zu beruhigen)	<input type="checkbox"/>		
Auffallend ruhig (apathisch, schlaff)	<input type="checkbox"/>		
Entwicklungsrückstände (z. B. bei sprachlichem Ausdruck, Sprachverständnis, Grob-, Feinmotorik, kein Neugierverhalten)	<input type="checkbox"/>		
Störung der Nähe-Distanz-Regulation (distanzlos, besonders anhänglich)	<input type="checkbox"/>		
Schlafstörungen (beim Einschlafen, Durchschlafen)	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

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 Person 1:	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 Kind und Mutter / Vater / anderer Bezugsperson, und zwar:

Person 1:	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Negativer Umgangston (z.B. herabsetzende Äußerungen über das Kind, ständige Kritik, häufiges Anschreien, Ignorieren)	<input type="checkbox"/>		
Über-/ Unterforderung des Kindes	<input type="checkbox"/>		
Gewalt gegen das Kind (körperlich, verbal, psychisch)	<input type="checkbox"/>		
Verdeckte oder offene Feindseligkeit gegen das Kind	<input type="checkbox"/>		
Sicheres Bindungsverhalten	<input type="checkbox"/>		
Eingehen auf Bedürfnisse des Kindes (z.B. Zuwendung, Spielmöglichkeiten bieten, Aufmerksamkeit)	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung des kindlichen Tuns (wenig kontrollierend, unterbrechend)	<input type="checkbox"/>		
Grenzen setzen (altersadäquat)	<input type="checkbox"/>		
Strukturierter Tagesablauf	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

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 Person 2:	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 Kind und Mutter / Vater / anderer Bezugsperson, und zwar:

Person 2:	vor- handen	beobachtet / beschrieben durch	Erläuterung
Negativer Umgangston (z.B. herabsetzende Äußerungen über das Kind, ständige Kritik, häufiges Anschreien, Ignorieren)	<input type="checkbox"/>		

Über-/ Unterforderung des Kindes	<input type="checkbox"/>		
Gewalt gegen das Kind (körperlich, verbal, psychisch)	<input type="checkbox"/>		
Verdeckte oder offene Feindseligkeit gegen das Kind	<input type="checkbox"/>		
Sicheres Bindungsverhalten	<input type="checkbox"/>		
Eingehen auf Bedürfnisse des Kindes (z.B. Zuwendung, Spielmöglichkeiten bieten, Aufmerksamkeit)	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung des kindlichen Tuns (wenig kontrollierend, unterbrechend)	<input type="checkbox"/>		
Grenzen setzen (altersadäquat)	<input type="checkbox"/>		
Strukturierter Tagesablauf	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

Risikofaktoren / Ressourcen der Familie:

	vorhanden	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 ASD weitergeleitet?

- Ja, am _____
- Nein

Datum: _____

Unterschrift/en: _____