

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:

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

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 ASD weitergeleitet?

- Ja, am _____
- Nein

Datum: _____

Unterschrift/en: _____