

Kreis Coesfeld

51- Jugendamt

51.1 – ASD

Geschäftszeichen:

Risikoeinschätzung**Persönlicher Kontakt**

Fallverantwortliche/r: 2. Fachkraft:	
Ort und Zeitpunkt der Risikoeinschätzung:	
Name der Familie:	Telefon:
Name des/r (betroffenen) Kindes/Jugendlichen:	
Sorgerecht (soweit bekannt):	
Teilnehmer/Anwesende:	

Bewertungen:

<input type="checkbox"/>	Keine Hinweise auf Gefährdungsmomente
<input type="checkbox"/>	Hinweise auf Gefährdungsmomente, die der weiteren Abklärung bedürfen
<input type="checkbox"/>	Hinweise auf Gefährdungsmomente
<input type="checkbox"/>	Nicht relevant (zur Abklärung der vorliegenden Gefährdungshinweise)

Begründungen:

Bei vorliegenden Hinweisen auf Gefährdungsmomente sind diese schriftlich im Risikobogen zu begründen.

Lebenswelt der Familie					Begründung
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soziale Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Verhalten der Eltern im Rahmen der Erziehung					Begründung
Aufmerksamkeit/Zuwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zuverlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperkontakt/Bindungsverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewalt/Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kenntnisse über Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Über-/Unterforderung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regel- und Grenzsetzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sichtweise auf das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Merkmale der Eltern					Begründung
Psychische Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperliche Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suchtmittelgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigene Gewalterfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
-------------------------	----------------------

Grundversorgung des Kindes				
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsichtspflicht/Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz vor Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwicklungsstand des Kindes				
Sprachliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adäquates Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutionelle Anbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
-------------------------	----------------------










Grundversorgung des Kindes				
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsichtspflicht/Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz vor Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwicklungsstand des Kindes				
Sprachliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adäquates Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutionelle Anbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
-------------------------	----------------------




Grundversorgung des Kindes				
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsichtspflicht/Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz vor Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwicklungsstand des Kindes				
Sprachliche Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erscheinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adäquates Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Institutionelle Anbindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Kooperationsbereitschaft der Sorgeberechtigten		
	vorhanden	
	unsicher/ambivalent	
	nicht erkennbar/vorhanden	
Mutter:	 <input type="checkbox"/>	
Vater:	 <input type="checkbox"/>	
Sonstige:	 <input type="checkbox"/>	

Ergebnis der Risikoeinschätzung

Eine Kindeswohlgefährdung besteht, wenn ein oder mehrere Hinweise auf Gefährdungsmomente vorliegen (rote Ampeln).

	Keine Hinweise auf Gefährdungsmomente
	Hinweise auf Gefährdungsmomente, die der weiteren Abklärung bedürfen
	Hinweise auf Gefährdungsmomente

Begründungen:

	Keine Hinweise auf Gefährdungsmomente
---	---------------------------------------

Begründung für die Gesamteinschätzung:

	Folgemaßnahmen	am/durch:
<input type="checkbox"/>	Verabredung eines weiteren Hausbesuches	
<input type="checkbox"/>	Sammeln von weiteren Informationen	
<input type="checkbox"/>	Weitere diagnostische Einschätzung	
<input type="checkbox"/>	Kollegiale Beratung	
<input type="checkbox"/>	Einschaltung anderer Fachdienste	
<input type="checkbox"/>	Einleitung einer Hilfe zur Erziehung	
<input type="checkbox"/>	Kein Handlungsbedarf	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

Hinweise auf Gefährdungsmomente, die der weiteren Abklärung bedürfen

Begründung für die Gesamteinschätzung:

	Folgemaßnahmen	am/durch:
<input type="checkbox"/>	Verabredung eines weiteren Hausbesuches	
<input type="checkbox"/>	Sammeln von weiteren Informationen	
<input type="checkbox"/>	Weitere diagnostische Einschätzung	
<input type="checkbox"/>	Kollegiale Beratung	
<input type="checkbox"/>	Einschaltung anderer Fachdienste	
<input type="checkbox"/>	Einleitung einer Hilfe zur Erziehung	
<input type="checkbox"/>	Regelmäßige unangemeldete Kontrollbesuche	
<input type="checkbox"/>	Schutzplan	
<input type="checkbox"/>	Initiierung einer ärztlichen Untersuchung	
<input type="checkbox"/>	Einschaltung des Familiengerichtes	
<input type="checkbox"/>	Intervention nach § 42 SGB VIII	
<input type="checkbox"/>	Meldung an die Polizei	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	
<input checked="" type="checkbox"/>	Termin zur internen Überprüfung	

Hinweise auf Gefährdungsmomente

Begründung für die Gesamteinschätzung:

	Folgemaßnahmen	am/durch:
<input type="checkbox"/>	Verabredung eines weiteren Hausbesuches	
<input type="checkbox"/>	Sammeln von weiteren Informationen	
<input type="checkbox"/>	Weitere diagnostische Einschätzung	
<input type="checkbox"/>	Kollegiale Beratung	
<input type="checkbox"/>	Einschaltung anderer Fachdienste	
<input type="checkbox"/>	Einleitung einer Hilfe zur Erziehung	
<input type="checkbox"/>	Regelmäßige unangemeldete Kontrollbesuche	
<input type="checkbox"/>	Schutzplan	
<input type="checkbox"/>	Initiierung einer ärztlichen Untersuchung	
<input type="checkbox"/>	Einschaltung des Familiengerichtes	
<input type="checkbox"/>	Intervention nach § 42 SGB VIII	
<input type="checkbox"/>	Meldung an die Polizei	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	
<input checked="" type="checkbox"/>	Termin zur internen Überprüfung	

Datum:

Unterschriften:

1. Fachkraft -

2. Fachkraft -

Kreis Coesfeld

51 - Jugendamt

Meldebogen DA Kinderschutz

Aufnehmende Fachkraft:

Datum und Uhrzeit: _____

telefonisch persönlich schriftlich _____

1. Meldende Person

Name _____
Vorname _____
Anschrift _____
Telefon _____

Beziehung der meldenden Person zu der Familie bzw. zum Kind
(z.B. Erzieher, Lehrer, Nachbar, Verwandter, etc.):

Möchte die meldende Person **anonym** bleiben? ja nein

Dürfen weitere **Rückfragen** gestellt werden? ja nein

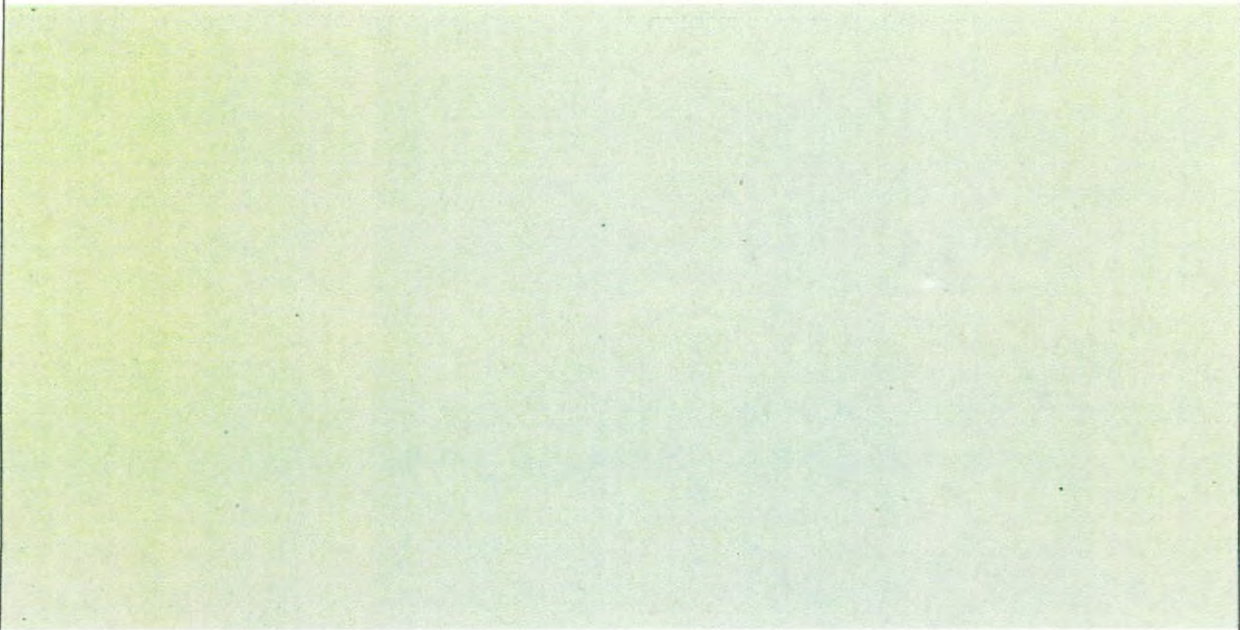
2. Familiendaten

	Name	Vorname	Anschrift	Geb.datum	Telefon
Mutter					
Vater					
Kind 1					
Kind 2					
Kind 3					
Kind 4					

Ist die Familie dem Jugendamt bereits bekannt? ja nein

In welchem Kontext ist die Familie bekannt? HzE Sonstiges

3. Inhalt der Meldung



Fragestellungen zum Inhalt der Meldung (Ankerfragen)

- Was ist wann, wo, wie oft, wann zuletzt passiert (Intensität und Dauer)?
- Warum erfolgt die Meldung gerade jetzt (akut vs. besteht schon länger)?
- Handelt es sich um eigene Beobachtungen (=Fakten)?
- Handelt es sich um Hörensagen? Eindrücke?
- Welche Einschätzung hat der Melder bzgl. der Situation?
- Welche Bearbeitungshinweise kann der Melder geben (später, zügig, umgehend, sofort)?
- Gibt es weitere Zeugen?
- Was ist über die Familie bekannt?
- Gibt es Personen, die zur Familie Kontakt haben?
- Ist das Kind institutionell eingebunden? Wenn ja, wo?

4. Subjektive Einschätzungen zur Meldung

Aussagekraft der Meldung (Seriosität)

- glaubhaft weniger glaubhaft nicht glaubhaft
 widersprüchlich zweifelhaft unklar

Begründung:

Datum und Unterschrift der aufnehmenden Person

Datum und Übernahmebestätigung der zuständigen Fachkraft

Mitteilung gemäß § 8a SGB VIII

Gemeinsame Einschätzung der Meldung vom _____

Die gemeinsame Einschätzung der Meldung erfolgt unmittelbar nach Aufnahme der Meldung mit dem / der Teamkoordinator/in.

Teilnehmer: _____

1. Mögliche Gefährdungslagen der Meldung

Gefährdungslage	Begründung / gewichtige Anhaltspunkte
<input type="checkbox"/> Misshandlung	
<input type="checkbox"/> Vernachlässigung	
<input type="checkbox"/> sexueller Missbrauch	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

2. Ergebnis

- Keine Hinweise auf Gefährdungsmomente.
Es liegen keine gewichtigen Anhaltspunkte gemäß § 8a SGB VIII vor.
- Hinweise auf Gefährdungsmomente, die der weiteren Abklärung bedürfen.
Die vorliegenden Anhaltspunkte sind unklar, ungenau und bedürfen der weiteren Abklärung.
- Hinweise auf Gefährdungsmomente.
Es liegen gewichtige Anhaltspunkte gemäß § 8a SGB VIII vor.

3. Maßnahmen

(Was ist bis wann zu tun?)

Aktion	Zeitpunkt
<input type="checkbox"/> Hausbesuch (angemeldet oder unangemeldet)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inaugenscheinnahme und Anhörung des Kindes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Recherche zur Abklärung von Anhaltspunkten (Was, mit wem, bis wann?)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kollegiale Beratung (Team)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beratungsangebot des Jugendamtes (schriftlich)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kein Handlungsbedarf	<input type="checkbox"/>

Datum:

Unterschrift 1. Fachkraft

Unterschrift 2. Fachkraft