

I. Grundversorgung und familiäre Situation

A = gute bis befriedigende Situation
 B = ausreichende Situation
 C = erheblich belastete Situation
 D = ungenügende/gefährdende Situation
 O = es liegen keine Beobachtungen vor

Grundversorgung	A	B	C	D	O
Altersangemessene Ernährungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angemessene Schlafmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichende Körperpflege / Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Witterungsangemessene Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Erscheinung (Gewicht, Wachstum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherung der medizinischen Versorgung u.Vorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachgemäße Behandlung von Entwicklungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Situation					
Finanzielle / materielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliche / räumliche Situation, Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation der Familie im Umfeld, Isolation/Integration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sicherung von familiären Erziehungsleistungen und Schutz des Kindes

A = gute bis befriedigende Situation
 B = ausreichende Situation
 C = erheblich belastete Situation
 D = ungenügende/gefährdende Situation
 O = es liegen keine Beobachtungen vor

Sicherung von familiären Erziehungsleistungen	A	B	C	D	O
Interaktion / Kommunikation mit dem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuverlässigkeit / Einschätzbarkeit der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeit / Zuwendung der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befriedigung emotionaler Bedürfnisse / Körperkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersgemäße Förderung / Bildung, (Schulschwänzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialverhalten des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitliche Situation der Erziehungspersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gesundheit (Depression, Psychose etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebrauch von Suchtmitteln (Alkohol, Tabletten, Drogen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz des Kindes					
Schutz vor Gefahren, Betreuung und Aufsicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz vor körperlicher Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Erkrankungen und Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miterleben von Gewalt in der eigenen Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Entwicklung (Sprache, Wissen u. Verhalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aussagen des Kindes über sexuelle Handlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Mitteilung der Gefährdungseinschätzung gem. § 8a Abs. 2 SGB VIII

an das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster,
Kommunaler Sozialdienst

Datum:

Träger: _____

Hilfeart: _____

Fachkraft: Herr / Frau _____

Tel.: _____

Familie:

Adresse:

Angaben zu den Kindern (Name, Vorname, Alter)

1. Kind: _____

2. Kind: _____

3. Kind: _____

4. Kind: _____

5. Kind: _____

Weitere
Kinder _____

Einschätzung zur Situation des Kindes / der Kinder: _____

(bei unterschiedlichen Einschätzungen bitte weiteren Bogen benutzen)

1 = überwiegend vorhanden
2 = teilweise vorhanden
3 = nicht vorhanden

Kooperationsbereitschaft

Kooperation mit erwachsenen Bezugspersonen	Problembewusstsein			Veränderungsbereitschaft		
	1	2	3	1	2	3
1. Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamteinschätzung

gute bis befriedigende Situation

ausreichende Situation

erheblich belastete Situation

ungenügende/gefährdende Situation

Es besteht eine drohende Gefahr fürs Kind

kurze Begründung für die Einschätzung

Die Abschätzung des Gefährdungsrisikos unter Beteiligung einer erfahrenen Fachkraft erfolgte im trägerinternen Gespräch am _____.

Die Personensorgeberechtigten oder Erziehungsberechtigten erklärten sich im Gespräch am _____ bereit, die Hilfe _____ gemäß § 8a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII anzunehmen und zu kooperieren, um die Gefährdung abzuwenden.

Die angenommenen Hilfen _____ gemäß § 8a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII erscheinen nicht ausreichend, um die Gefährdung abzuwenden und die Personensorgeberechtigten/Erziehungsberechtigten lehnen weitere Hilfen ab.

Unterschrift der Fachkraft

Unterschrift der Leitung