

Anfrage- und Einschätzungsbogen zum Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende

Bitte schicken Sie
das Formular zurück an: Koordinierungsstelle Familienhebammen
E-Mail: familienhebammen@rathaus.potsdam.de
Fax: 0331 289 84 2373
Tel.: 0331 289 2373

Daten der antragstellenden Stelle/Institution

(von der antragstellenden Institution auszufüllen)

Antragstellende Stelle/Institution	
Bearbeiterin/Bearbeiter	
Datum	

Daten und Angaben zur Familie:

(von antragstellender Institution auszufüllen)

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	
ggf. E-Mail:	
Name des Kindes/ der Kinder:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Hauptbezugsperson für das Kind	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere Person:

Ratsuchende Person ist Hauptbezugsperson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern:
Alter der Bezugspersonen	Mutter: Jahre Vater: Jahre
Alter des Kindes/ der Kinder bei Antragstellung	<input type="checkbox"/> geboren, am: <input type="checkbox"/> ungeboren VET:
Anzahl der Geschwister	
Alter der Geschwister	... Jahre Jahre Jahre Jahre Jahre
Beziehung der Kindseltern	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Beziehung problematisch <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Ausreichendes soziales Netz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beide Elternteile in Beratung einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Im gemeinsamem Haushalt der Eltern <input type="checkbox"/> bei Kindsmutter <input type="checkbox"/> bei Kindsvater <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft u.a. <input type="checkbox"/> kein Wohnsitz
Wohnsituation schwierig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erwerbssituation Mutter	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> in Elternzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig/ erwerbslos
Erwerbssituation Vater	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> in Elternzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig/ erwerbslos
Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Migrationshintergrund mind. eines Elternteils	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus: <input type="checkbox"/> Deutschkenntnisse
Andere Belastungsfaktoren der Hauptbezugsperson/en	<input type="checkbox"/> Missbrauch <input type="checkbox"/> Gewalterfahrung <input type="checkbox"/> Traumatisierung <input type="checkbox"/> andere:
Gesundheit der Hauptbezugsperson/en	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> chronisch krank <input type="checkbox"/> psychisch krank ¹ <input type="checkbox"/> suchtgefährdet/suchtkrank <input type="checkbox"/> körperliche Einschränkungen
Konfliktschwangerschaft	<input type="checkbox"/> ungewollte Schwangerschaft <input type="checkbox"/> extreme körperliche Belastung in Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Geburtserleben traumatisch <input type="checkbox"/> andere:

¹ anzukreuzen nur bei gesicherter ärztlicher Diagnose

<p>Besondere Situation für das Kind</p>	<p><input type="checkbox"/> chronische Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung</p> <p><input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung <input type="checkbox"/> Frühgeburt</p> <p><input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
<p>Regulationsstörungen des Kindes</p>	<p><input type="checkbox"/> Schlaf <input type="checkbox"/> Ernährung</p> <p><input type="checkbox"/> exzessiv Schreien/ Unruhe</p> <p><input type="checkbox"/> Trotz/ Aggression/ Klammern</p>
<p>Inanspruchnahme einer Hebamme</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Inanspruchnahme von Hilfen durch das Jugendamt</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Anmerkungen</p>	

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage der DSGVO mit Wirkung zum 24.05.2018.

Ort, Datum

Unterschrift empfehlungsberechtigte Person

Ort, Datum

Unterschrift Familie/ Erziehungsberechtigte

Einschätzung der Koordinierungsstelle Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen

(von der Koordinierungsstelle auszufüllen)

Kontaktaufnahme mit Familie	<input type="checkbox"/> Telefonat am: <input type="checkbox"/> Hausbesuch am: <input type="checkbox"/> E-Mail: <input type="checkbox"/> erfolglos
Einsatz erfolgt gemäß	<input type="checkbox"/> Bundesstiftung Frühe Hilfen <input type="checkbox"/> kein Einsatz erforderlich <input type="checkbox"/> vermittelt an:
Vermittlung an Regionale Kinder- und Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> Weiterleitung an/am:
Anmerkungen	

Datum

Unterschrift Koordinierungsstelle
