

Anfrage- und Einschätzungsbogen zum Einsatz von Familienhebammen und FGKiKP

Bitte Formular zurück an: Koordinierungsstelle Familienhebammen
E-Mail: mara.dittrich@rathaus.potsdam.de
Fax: 0331 289 84 2373
Tel.: 0331 289 2373

Ausfüllende Stelle/ Institution: _____

BearbeiterIn: _____

Datum: _____

Daten und Angaben zur Familie:

(von antragstellender Institution auszufüllen)

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	
ggf. E-Mail:	
Name des Kindes/ der Kinder:	
Geschlecht:	☐ männlich ☐ weiblich

Hauptbezugsperson für das Kind	☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere Person:
Ratsuchende Person ist Hauptbezugsperson	☐ ja ☐ nein, sondern:
Alter der Bezugspersonen	Mutter: Jahre Vater: Jahre

Alter des Kindes/ der Kinder bei Antragstellung	 Monate ☐ ungeboren VET:
Anzahl der Geschwister	
Alter der Geschwister	 Jahre Jahre Jahre Jahre Jahre
Beziehung der Kindseltern	☐ in Partnerschaft lebend ☐ getrennt lebend ☐ Beziehung problematisch ☐ Sonstiges:
Ausreichendes soziales Netz	☐ ja ☐ nein
Beide Elternteile in Beratung einbezogen	☐ ja ☐ nein

Wohnsituation	☐ Im gemeinsamem Haushalt der Eltern ☐ bei Kindsmutter ☐ bei Kindsvater ☐ betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft u.a. ☐ kein Wohnsitz
Wohnsituation schwierig	☐ ja ☐ nein
Erwerbssituation Mutter	☐ berufstätig ☐ in Ausbildung ☐ in Elternzeit ☐ nicht berufstätig/ erwerbslos
Erwerbssituation Vater	☐ berufstätig ☐ in Ausbildung ☐ in Elternzeit ☐ nicht berufstätig/ erwerbslos

Haushaltsfinanzlage	☐ gesichert ☐ nicht gesichert ☐ verschuldet ☐ Bezug ALG II
Kinderbetreuung	☐ ja ☐ nein

Migrationshintergrund mind. eines Elternteils	☐ nein ☐ ja, aus: ☐ mangelhafte Deutschkenntnisse
Andere Belastungsfaktoren der Hauptbezugsperson/en	☐ Missbrauch ☐ Gewalterfahrung ☐ Traumatisierung ☐ andere:
Gesundheit der Hauptbezugsperson/en	☐ unauffällig ☐ chronisch krank ☐ psychisch krank ¹ ☐ suchtgefährdet/suchtkrank ☐ körperliche Einschränkungen
Konfliktschwangerschaft	☐ ungewollte Schwangerschaft ☐ extreme körperliche Belastung in Schwangerschaft ☐ Geburtserleben traumatisch ☐ andere:
Besondere Situation für das Kind	☐ chronische Krankheit ☐ Behinderung ☐ Entwicklungsverzögerung ☐ Frühgeburt ☐ Mehrlingsgeburt ☐ Sonstiges:

¹ anzukreuzen nur bei gesicherter ärztlicher Diagnose

Regulationsstörungen des Kindes	☐ Schlaf ☐ Ernährung ☐ exzessiv Schreien/ Unruhe ☐ Trotz/ Aggression/ Klammern
---------------------------------	--

Inanspruchnahme einer Hebamme	☐ ja ☐ nein
Inanspruchnahme von Hilfen durch das Jugendamt	☐ ja ☐ nein
Anmerkungen	

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	☐ Telefonat am: ☐ Hausbesuch am: ☐ E-Mail: ☐ erfolglos
Einsatz erfolgt gemäß	☐ Bundesstiftung Frühe Hilfen ☐ kein Einsatz erforderlich ☐ vermittelt an:
Vermittlung an Regionale Kinder- und Jugendhilfe	☐ Weiterleitung an/am:
Anmerkungen	

Datum

Unterschrift Koordinierungsstelle