

## Melde- und Einschätzungsbogen zum Schutzauftrag

### Angaben zur Meldung:

Datum:  Aufgenommen und bewertet von:  <input type="checkbox"/> Zuständige/r BezirkssozialarbeiterIn <input type="checkbox"/> Vertretung/Anwesenheit / Bereitschaft <input type="checkbox"/> Geschäftszimmer (ohne Bewertung) <input type="checkbox"/> sonstige	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Name der/des Meldenden:</td> <td style="width: 40%;">Uhrzeit:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Straße/Wohnort:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Telefon/ e-mail:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Selbstmelder  <input type="checkbox"/> Institution  <input type="checkbox"/> Verwandte  <input type="checkbox"/> Nachbarn, Freunde  <input type="checkbox"/> Dritte, Fremde  <input type="checkbox"/> Anonym  <input type="checkbox"/> Meldung im Rahmen eigener Fallarbeit                 </td> <td style="border: none; vertical-align: top;">                 Übermittelt durch:                  Persönliches Gespräch <input type="checkbox"/>                  Telefon <input type="checkbox"/>                  Brief/ E-Mail <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	Name der/des Meldenden:	Uhrzeit:	Straße/Wohnort:		Telefon/ e-mail:		<input type="checkbox"/> Selbstmelder <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Nachbarn, Freunde <input type="checkbox"/> Dritte, Fremde <input type="checkbox"/> Anonym <input type="checkbox"/> Meldung im Rahmen eigener Fallarbeit	Übermittelt durch: Persönliches Gespräch <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Brief/ E-Mail <input type="checkbox"/>
Name der/des Meldenden:	Uhrzeit:								
Straße/Wohnort:									
Telefon/ e-mail:									
<input type="checkbox"/> Selbstmelder <input type="checkbox"/> Institution <input type="checkbox"/> Verwandte <input type="checkbox"/> Nachbarn, Freunde <input type="checkbox"/> Dritte, Fremde <input type="checkbox"/> Anonym <input type="checkbox"/> Meldung im Rahmen eigener Fallarbeit	Übermittelt durch: Persönliches Gespräch <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Brief/ E-Mail <input type="checkbox"/>								

Name der Mutter:	Name des Vaters:
Straße/Wohnort:	Straße/ Wohnort:
Geb.:	Geb.:
Tel.:	Tel.:
Sorgerecht hat:	
Angaben zu den Kindern: Name, Vorname, Geburtsdatum, wohnhaft, Kindergarten, Schule	
Kind 1:	
Kind 2:	
Kind 3:	
Kind 4:	
Kind 5:	

Familie ist dem Jugendamt bekannt nein ja seit: \_\_\_\_\_ letzter Kontakt am \_\_\_\_\_  
 Akteinzeichen  ja AZ: \_\_\_\_\_ nein

Inhalt der Meldung:

## Einschätzung zum Handlungsbedarf

Hinzugezogene Fachkraft:

### Ergebnis der Beratung:

- Es liegen keine gewichtigen Anhaltspunkte vor – Ende der Bearbeitung
- Anschreiben der Sorgeberechtigten zur Bitte um Kontaktaufnahme
- Unangekündigter Hausbesuch innerhalb der nächsten 5 Werktage
- Unangekündigter Hausbesuch innerhalb von 24 Stunden
- Unangekündigter Hausbesuch sofort
- Kontaktaufnahme zu anderen Prozessbeteiligten, um den Sachverhalt  
zunächst ohne die Sorgeberechtigten zu klären (bei Gefahr fürs Kind)
- Sofortige Inobhutnahme des Kindes mit oder ohne Information der Erziehungsberechtigten
- Anderes: \_\_\_\_\_

Kurze Begründung zur Entscheidung:

Weiterleitung der Meldung an zuständige Fachkraft notwendig?  
(falls von Vertretung oder Anwesenheit / Bereitschaft aufgenommen)

ja  an:  
nein

Unterschrift, Datum

\_\_\_\_\_   
aufnehmende Fachkraft

\_\_\_\_\_   
zweite Fachkraft

### Information an Koordination bzw. deren Vertretung zum weiteren Vorgehen:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Sichtvermerk: \_\_\_\_\_

nicht möglich

Dadurch Änderungen der Vorgehensweise? Nein  Ja  welche \_\_\_\_\_

### Aktion

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Welche Fachkollegin / welcher Fachkollege wurde hinzugezogen:

- Hausbesuch
- Gespräch in der Dienststelle
- Gespräch in anderer Institution
- 

Beteiligte/ Anwesende: \_\_\_\_\_

Betroffene Kinder / Betroffenes Kind / Jugendliche aktiv erlebt

ja   
nein  wenn nicht

**Einschätzung der Situation des Kindes/ der Kinder/ Jugendlichen:**

ja	nein	noch nicht einschätzbar	nicht relevant
----	------	-------------------------	----------------

**Erscheinungsbild Kind/ Jugendliche(r)**

Frühgeburt, Mehrlingsgeburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende, aber notwendige ärztliche Vorsorge und Behandlung (U-Heft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Krankheiten, Behinderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsanfälligkeit, häufige Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Krankenhausaufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangemessene Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangemessene Körperpflege, -hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offensichtliche Hämatome, Kleinwunden, Striemen, Narben, andere Verletzungen, Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrennungen, Verbrühungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichen von Überernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichen von Unterernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eindruck von Steifheit und Schlaffheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravierende Entwicklungsverzögerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Verhalten des Kindes (r)/Jugendliche(n)**

Unruhig, sprunghaft, orientierungslos, distanzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matt, apathisch, verängstigt, traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreibprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressiv, selbstverletzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste, Zwänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Atemstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einnässen/ Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taktationen (Schaukelbewegungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußerungen zu Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglaufen, Streunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügen, Stehlen, Erpressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Schulversäumnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortgesetztes unentschuldigtes Fernbleiben von der Tageseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsum/ Missbrauch von Drogen, Alkohol, Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Kooperationsbereitschaft der Erziehungs- u. Sorgeberechtigten

- Kindeswohlgefährdung durch Erziehungs- oder Personensorgeberechtigte nicht abwendbar?
- Es besteht Uneinsichtigkeit bezüglich der Probleme?
- Unzureichende Kooperationsbereitschaft?
- Mangelnde Bereitschaft, Hilfe anzunehmen?
- Bisherige Unterstützungsversuche unzureichend?
- Frühere Sorgerechtsvorfälle?

### Risikoeinschätzung des Bezirksozialarbeiters/der Bezirksozialarbeiterin

- Kindeswohlgefährdung liegt nicht vor/ keine weitere Hilfen erforderlich
- Kindeswohlgefährdung liegt nicht vor, Hilfebedarf wird aber gesehen
- Kindeswohlgefährdung ist nicht auszuschließen/ Unterstützungsbedarf erkennbar (Graubereich)
- Kindeswohlgefährdung liegt vor/ Hilfen sind erforderlich (Graubereich / Gefährdungsbereich)
- Kindeswohlgefährdung liegt akut vor/ Krisenintervention (Gefährdungsbereich)

### Hilfe- und Schutzkonzept

Sofortige Maßnahmen zur Krisenintervention sind erforderlich                    nein

- ja  welche
- Vorstellung beim behandelnden Kinderarzt oder in der Ambulanz des nächstgelegenen Krankenhauses
  - Inobhutnahme gem. § 42 SGB VIII  Personensorgeberechtigte/r ist/sind mit Inobhutnahme einverstanden
  - Familiengerichtliche Entscheidung ist erforderlich
  - Andere Maßnahme

#### **Weitere Handlungsschritte:**

- Eingabe in das Fallteam (immer im Grau- und Gefährdungsbereich)
- Einzelgespräche mit der/ den gefährdeten Person(en)
- Familien/ Elterngespräche
- Nachgehende und kontrollierende Arbeit
- Kontaktaufnahme mit KITA/ Schule/ Tagesbetreuung
- Einbezug weitere Institutionen
- Einbezug med. Fachkräfte / Vorstellung in der Ambulanz des nächstgelegenen Krankenhauses
- Weitere Diagnostik
- Beachtung von Verfahrensstandards bei sexuellem Missbrauch
- Sonstiges

#### **Wiedervorlage am:**

Unterschrift, Datum

\_\_\_\_\_

bearbeitende Fachkraft

\_\_\_\_\_

zweite Fachkraft

#### **Kenntnisnahme der Leitung/Sichtvermerk:**

Gesehen Arbeitsgruppenleitung:

Gesehen Abteilungsleitung:

Gesehen Fachbereichsleitung: