

## Netzwerkarbeit Frühe Hilfen - Fragebogen zum Angebot einer Familienhebamme / einer Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

Landkreis Heidekreis, Netzwerkkoordination Frühe Hilfen, Frau Muscas, Vogteistraße 19, 29683 Bad Fallingb. / Tel.: 05162 970-489, E-Mail: [s.muscas@heidekreis.de](mailto:s.muscas@heidekreis.de), Fax: 05162 970-99489, Hinweise zum **Datenschutz** finden sie unter: [www.heidekreis.de/datenschutz](http://www.heidekreis.de/datenschutz)

Name der Familie: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer PLZ / Ort

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind / zu den Kindern der Familie

	Name	Vorname	Geburtsstermin	Geburtsdatum	wohnhaft
1					
2					
3					

Gibt es Unterstützung in der Familie? (insbesondere Hilfen durch das Jugendamt)

- ja, welche? \_\_\_\_\_
- nein

Unterstützung wird gewünscht im Bereich:

- Schwangerschaft / Geburt / Frühgeburt \_\_\_\_\_
- Interaktion / Beziehung zwischen Mutter/Vater / Eltern und Kind \_\_\_\_\_
- "Schreibaby" \_\_\_\_\_
- Krankheit des Kindes / der Eltern / eines Elternteils \_\_\_\_\_
- Umgang mit Ämtern und Behörden \_\_\_\_\_
- Alltagsbewältigung mit einem Säugling \_\_\_\_\_
- Förderung der Kompetenzen der Mutter / des Vaters / der Eltern \_\_\_\_\_
- Sonstiges - Förderung in anderen Bereichen \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Die Familie wurde über die Weitergabe der Daten an Frau Muscas und die Fachkraft in den Frühen Hilfen informiert und erklärt hiermit ihr Einverständnis.

\_\_\_\_\_  
**Datum**                      **Unterschrift der Mutter / des Vaters / der Familie**



\_\_\_\_\_  
**Wer hat mich zum Angebot beraten? (Name / Kontaktdaten)**