

Empfangsbestätigung

Landkreis Heidekreis
Fachbereich Kinder, Jugend, Familie
Vogteistraße 19
29683 Bad Fallingbostenel

Träger/Einrichtung:	
Ansprechpartner:	
PLZ, Ort:	
Straße, Hausnummer:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

über den Erhalt der Mitteilung nach § 8b SGB VIII betreffend

(Name, Vorname, Geburtsdatum und Ort, wohnhaft)

Ihr Schriftstück vom habe ich heute erhalten und bestätige dieses durch die nachstehende
eigenhändige Unterschrift.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel)

**Gefährdungs- und Beobachtungsbogen
zur Dokumentation und Einschätzung des Gefährdungsrisikos von 6-12-Jährigen**

1.

Träger/Einrichtung	
Träger/Einrichtung:	
Ansprechpartner:	
PLZ/Ort:	
Straße, Hausnummer:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Personalien:

2.

Betroffenes Kind	
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und -ort:	
PLZ, Wohnort:	
Straße/Hausnummer:	
Telefon:	
Fax/E-Mail:	

3.

Kindesmutter	sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und -ort:	
PLZ, Wohnort:	
Straße/Hausnummer:	
Telefon:	
Fax/E-Mail:	

4.

Kindesvater	sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und -ort:	
PLZ, Wohnort:	
Straße/Hausnummer:	
Telefon:	
Fax/E-Mail:	

5.

Stiefelternteil/Partner/Großeltern/Pflegeeltern	
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und –ort:	
PLZ, Wohnort:	
Straße/Hausnummer:	
Telefon:	
Fax/E-Mail::	

6.

Geschwisterkinder	
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und –ort:	
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und –ort:	
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und –ort:	

**Gefährdungs- und Beobachtungsbogen
zur Dokumentation und Einschätzung des Gefährdungsrisikos von 6-12-Jährigen**

7.

Körperliche Erscheinung				?	Beschreibung
Krankheitsanfälligkeit, häufige Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinweise auf Fehl-/Über-/ Unterernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämatome (z.B: am Rücken, Brust, Bauch, Po, Augen, geformte Hämatome), Striemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knochenbrüche, Verbrennungen, Verbrühungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auffällige Rötungen/Entzündungen im Anal- und Genitalbereich	<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"/>	
Sonstige Auffälligkeiten/ Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschätzung:					

Psychische Erscheinung				?	Beschreibung
Wirkt unruhig, hyperaktiv, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirkt traurig, apathisch, verschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirkt ängstlich, zurückgezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirkt aggressiv, selbstgefährdend/selbstverletzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirkt sehr überangepasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeigt Schlaf- oder Essstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirkt besonders unselbstständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeigt sehr geringes Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeigt sexualisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirkt distanzlos ggü. anderen, grenzüberschreitend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wirkt suizidal (hier auch wiederholte, unplausible „Unfälle“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konsumiert Zigaretten, Alkohol, Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tätigt Äußerungen, die auf Misshandlungen, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung hinweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Auffälligkeiten/ Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschätzung:					

Kognitive Erscheinung	😊	😐	😞	?	Beschreibung
Keine altersgemäße Sprache/ Sprachstörungen/ bei Migrati- onshintergrund: kann sich auf Deutsch kaum verständigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wahrnehmungs- und Ge- dächtnisstörungen/ Teilleis- tungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Über- oder unterforderte*r Schüler*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzentrationsschwäche/ ge- ringe Lernmotivation (ggf. Lernvermeidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Auffälligkeiten/ Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Einschätzung:				

Sozialverhalten (außerhalb der Familie)	😊	😐	😞	?	Beschreibung
Keine altersentsprechenden Freunde, ist nicht in der Klasse oder der Gruppe integriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hält sich nicht an Regeln in Schule oder Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeigt auffällig aggressives, rücksichtsloses, Verhalten gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problematisches Medienverhalten (im Vergleich zu anderen) (Kopie aus dem Bogen für 3-5-Jährige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problematisches Sexualverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weglaufen/ Aufenthalt an gefährdenden Orten	<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"/>	
Kein regelmäßiger Schulbesuch, Schule-Schwänzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Auffälligkeiten/ Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschätzung:					

Gefährdungs- und Beobachtungsbogen zur Dokumentation und Einschätzung des Fürsorgeverhaltens der Eltern

8.

(Beobachtbares) Fürsorgeverhalten der Eltern				?	Beschreibung
Keine Wahrnehmung von Gesprächskontakten mit dem/der meldenden Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeigen kaum/kein Interesse oder Unterstützung an der Förderung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Äußern deutliche Überlastung/Probleme bei der Erziehung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen eine überwiegend ablehnende/negative Haltung gegenüber dem Kind ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reagieren nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Keine Annahme von Unterstützungsangeboten, trotz erkennbarer Auffälligkeiten des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verletzen ihre Aufsichtspflicht, indem das Kind keine altersgemäße Beaufsichtigung erfährt oder ungeeigneten Personen anvertraut wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verweigerung der Krankheitsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wiederholte schwere Gewalt der Erziehungsberechtigten, sowohl untereinander als auch von/nach außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autonomiekonflikte (einen-gende Pflichten/Erwartungen, keine Akzeptanz nach altersangemessener Ablösung, Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Auffälligkeiten/ Beobachtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschätzung:					

Bitte bei der Bewertung beachten:

Die Einschätzung **pro Gefährdungs-Bereich** soll sich entweder auf eine hohe **Einschränkung/ Problematik** in einem Kriterium oder Bereich beziehen oder **in mehreren** Bereichen leichtere Einschränkungen/ Problematiken beinhalten, insofern sind die Teilergebnisse nicht gegeneinander aufzurechnen!!

Gefährdungs- und Beobachtungsbogen zur Dokumentation und Einschätzung des Gefährdungsrisikos

9.	Wann wurde mit den Sorgeberechtigten gesprochen?	Datum:	
	Mit wem wurde gesprochen		
	Wenn kein Gespräch stattfand, begründen		
	Beobachtungen/Anmerkungen:		

9.1	Wurde ein Hausbesuch durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
	Mit wem wurde gesprochen?		
	Beobachtungen/Anmerkungen:		

9.2	Wurde das Kind/die/der Jugendliche beteiligt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
	Wenn nein, Begründen		
	Ergebnis der Beteiligung:		

9.3	Wurde Kontakt zu weiteren Fachkräften/Ärzten aufgenommen?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
	Wenn ja, zu wem?	1. 2. 3.	

10.	Wurde eine „erfahrene Fachkraft“ entsprechend § 8a SGB VIII hinzugezogen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
	Name, Anschrift:		

11. **Risikoeinschätzung der meldenden Person:**

--

12. **Nachfolgende Maßnahmen wurden bislang eingeleitet:**

--

13. **Welche Handlungsschritte zur Abwendung sind erforderlich**

--

14. **Welche Handlungsschritte zur Abwendung sind seitens der meldenden Person umsetzbar?**

--

15. **Ist ein Tätigwerden des Jugendamtes erforderlich?** ja nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel)