

1.

Persönliche Angaben	
<b>Kindesmutter</b>	Kindesvater
Name:	Name:
Vorname(n):	Vorname (n):
Geburtsdatum und –ort:	Geburtsdatum und- Ort:
PLZ, Wohnort:	PLZ, Wohnort:
Straße/Hausnr.:	Straße, Hausnr.:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schwangerschaftswoche:	Vaterschaft anerkannt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
ET:	

2.

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

3.

Weitere im Haushalt lebende Personen:	Bemerkungen:
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und –ort:	
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und –ort:	
Name:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum und –ort:	

## Fragebogen für Schwangere mit Risikoeinschätzung

4.

Materielle/ soziale Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?	Beschreibung
Finanzielle Situation (Grundsicherung durch z.B. Sozialleistungen, Kindergeld, Gehalt, etc. ist vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sichere Wohnsituation (Angemessenheit: Sauberkeit, Quadratmeterzahl, Anzahl der Personen im Haushalt, Tiere, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausstattung für das Kind ist bereitgestellt (Schlafplatz, Babynahrung, Pflegeprodukte, Kleidung, Spielzeug, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Beobachtungen/ Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5.

Familiäre Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?	Beschreibung
Häusliche Gewalt oder Gewalt in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Instabile/ konflikthafte Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Akute Trauer oder Trennungssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat Unterstützung durch den Partner/ die Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Kinder im Haushalt (z.B. 3 und mehr Kinder unter 5 Jahren, Kinder mit Behinderungen/ Beeinträchtigungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Fragebogen für Schwangere mit Risikoeinschätzung

Sonstige Beobachtungen/ Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

6. Persönliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?	Beschreibung
Chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Substanzkonsum (z.B. Alkohol, Nikotin, Drogen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Trauma, Angststörungen, Selbstverletzungen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigene Erfahrung mit Deprivation/ Misshandlung/ Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eigene Behinderungen/ Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aktuell psychisch belastet, erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mehrfachbelastung (Job, weitere Kinder, Pflege eines Angehörigen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühere Schwangerschaftskomplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hinweis auf mangelnde Körperhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Fragebogen für Schwangere mit Risikoeinschätzung

Hinweis auf Fehlernährung (z.B. Unterernährung, Überernährung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausreichende Sprachkompetenz (nicht-lesende Personen, unzureichende Deutschkenntnisse, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Beobachtungen/ Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7.

<b>Merkmale des Kindes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?	<b>Beschreibung</b>
Signifikante Abweichungen des regulären Entwicklungsstandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Versorgung und Erziehung sind aufgrund von Erkrankung/ Behinderung des Kindes hoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risikoschwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Beobachtungen/ Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8.

<b>Merkmale einer Hilfegeschichte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?	<b>Beschreibung</b>
Frühere und laufende Jugendhilfe (z.B. Hilfen zur Erziehung, Inobhutnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Gefahrensituationen in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Fragebogen für Schwangere mit Risikoeinschätzung

Kooperationsbereitschaft in der Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Beobachtungen/ Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9. Fürsorgeverhalten der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	?	Beschreibung
Mutter nimmt pränatale Vorsorgeuntersuchungen wahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Positive Einstellung zur Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Gesprächskontakte wahr, zeigen sich kommunikativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeigen Interesse an der Förderung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen eine überwiegend annehmende/ positive Haltung gegenüber dem Kind an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## Fragebogen für Schwangere mit Risikoeinschätzung

<b>10. Checkliste Ressourcen und Schutzfaktoren</b>	<b>Ja    nein</b>																
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung durch Familie/ Freund*innen</li> <li>• Bestehende Anbindung zur Hebamme/ Gynäkologie</li> <li>• Hat die Schwangere bereits Kontakt zu einer Fachkraft Frühe Hilfen?</li> <li>• Positive Einstellung zur Schwangerschaft und zum (ungeborenen) Kind?</li> <li>• Motivation etwas zu verändern und sich helfen zu lassen</li> <li>• Bereitschaft Hilfeangebote anzunehmen</li> <li>• Besteht aktuell Kontakt zu einer Beratungsstelle?</li> <li>• Kooperationsbereitschaft im Umgang mit Ämtern und Behörden?</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<b>11. Fachliche Risikoeinschätzung</b>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Auffälligkeiten – keine weiteren Maßnahmen notwendig</li> <li>• Unterstützungsbedarf vorhanden – Empfehlung: Frühe Hilfen/ Familienhebamme</li> <li>• Mehrfachbelastung/ Risiko für Überforderung – engmaschige Begleitung</li> <li>• gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung, eigenes Tätigwerden gem. §4KKG erforderlich, ggf. Rücksprache mit Sozialen Diensten</li> <li>• akute Krise, sofortige Intervention erforderlich, sofortige Meldung an die Sozialen Dienste</li> </ul>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
Erläuternde Begründung:																	

## Fragebogen für Schwangere mit Risikoeinschätzung

11.1	<b>Wann wurde mit den Sorgeberechtigten gesprochen?</b>	Datum:
	<b>Mit wem wurde gesprochen</b>	
	<b>Wenn kein Gespräch stattfand, begründen</b>	

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

11.3	<b>Wurde Kontakt zu weiteren Fachkräften/Ärzt*innen aufgenommen?</b>	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
	Wenn ja, zu wem?	1. 2. 3.	

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

## Fragebogen für Schwangere mit Risikoeinschätzung

**11.5** Nachfolgende Maßnahmen wurden bislang eingeleitet:

--

**11.6** Welche Handlungsschritte zur Abwendung sind erforderlich:

--

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

--

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift d. Fachkraft