

Freie Hansestadt Bremen

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

Sie sind als Fachkraft in einer Einrichtung, einem Dienst der Kinder- und Jugendförderung, der Kinder- und Jugendarbeit oder bei einem Jugendverband der Stadtgemeinde Bremen tätig und haben bei einem Kind oder einem/ einer Jugendliche/n, das /die Ihre Einrichtung besucht oder ein Angebot wahrnimmt, erste Verdachtsmomente dass es / er/ sie in seiner/ihrer Entwicklung gefährdet ist - es gibt Anhaltspunkte dafür, dass er/sie die Erfahrung von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch machen musste.

Dieser Arbeitsbogen soll Sie bei der Risikoabwägung einer möglichen Kindeswohlgefährdung des betroffenen Kindes /Jugendlichen unterstützen und die Zusammenstellung der notwendigen Informationen zur Weitervermittlung an das Jugendamt erleichtern.

Wir bitten Sie bei Erhärtung von Verdachtsmomenten nach Beratung mit einer insoweit erfahrenden Fachkraft diesen Bogen zu nutzen und unmittelbar dem regional zuständigen Sozialdienst Junge Menschen zuzuleiten. Der Ambulante Sozialdienst übernimmt dann die Verantwortung für die weiteren Handlungsschritte und für das Kindeswohl. Sofern keine schwerwiegenden Gründe dagegen stehen, erhalten Sie eine angemessene Rückmeldung zu den weiter veranlassten Handlungsschritten.

Einrichtung/ Dienst	
Ort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	Fax:
Meldende Fachkraft:	

Kind/ Jugendliche/r	
Name:	Vorname:
Geb.	in:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	Fax:

Sorgerechtsinhaber sofern bekannt	
Name:	Vorname:
Geb.	in:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	Fax:

Geschwisterkinder sofern bekannt		
Name:	Alter	Wohnort

## Gefährdungseinschätzung

Die folgende Aufstellung soll Ihnen die Darstellung der Gefährdungseinschätzung erleichtern.

Anhaltspunkte beim Kind oder Jugendlichen	
1. Nicht plausibel erklärbare sichtbare Verletzungen (auch Selbstverletzungen)?	<input type="checkbox"/>
2. Körperliche oder seelische Krankheitssymptome (z. B. Einnässen, Ängste, Zwänge, ...)?	<input type="checkbox"/>
3. Unzureichende Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr?	<input type="checkbox"/>
4. Fehlende, aber notwendige ärztliche Vorsorge und Behandlung?	<input type="checkbox"/>
5. Zuführung die Gesundheit gefährdender Substanzen?	<input type="checkbox"/>
6. Für das Lebensalter mangelnde Aufsicht?	<input type="checkbox"/>
7. Hygienemängel (z. B. Körperpflege, Kleidung, ...)?	<input type="checkbox"/>
8. Unbekannter Aufenthalt (z. B. Weglaufen, Streunen, ...)?	<input type="checkbox"/>
9. Fortgesetzte unentschuldigte Schulversäumnisse oder fortgesetztes unentschuldigtes Fernbleiben von der Tageseinrichtung?	<input type="checkbox"/>
10. Gesetzesverstöße?	<input type="checkbox"/>

<b>Anhaltspunkte in Familie und Lebensumfeld</b>	
11. Gewalttätigkeiten in der Familie?	<input type="checkbox"/>
12. Sexuelle oder kriminelle Ausbeutung des Kindes oder Jugendlichen?	<input type="checkbox"/>
13. Eltern psychisch oder suchtkrank, körperlich oder geistig beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>
14. Familie in finanzieller bzw. materieller Notlage?	<input type="checkbox"/>
15. Desolate Wohnsituation (z.B. Vermüllung, Wohnfläche, Obdachlosigkeit)?	<input type="checkbox"/>
16. Traumatisierende Lebensereignisse (z.B. Verlust eines Angehörigen, Unglück)?	<input type="checkbox"/>
17. Erziehungsverhalten und Entwicklungsförderung durch Eltern schädigend?	<input type="checkbox"/>
18. Soziale Isolierung der Familie?	<input type="checkbox"/>
19. Desorientierendes soziales Milieu bzw. desorientierende soziale Abhängigkeiten?	<input type="checkbox"/>
<b>Anhaltspunkte zur Mitwirkungsbereitschaft und –fähigkeit</b>	
20. Kindeswohlgefährdung durch Erziehungs- oder Personensorgeberechtigte nicht abwendbar?	<input type="checkbox"/>
21. Fehlende Problemeinsicht?	<input type="checkbox"/>
22. Unzureichende Kooperationsbereitschaft?	<input type="checkbox"/>
23. Mangelnde Bereitschaft, Hilfe anzunehmen?	<input type="checkbox"/>
24. Bisherige Unterstützungsversuche unzureichend?	<input type="checkbox"/>
25. Frühere Sorgerechtsvorfälle?	<input type="checkbox"/>

**Gefährdungseinschätzung:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ist die Familie über die Beobachtung informiert?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Konnten der Familie Hilfen angeboten werden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	

Anmerkungen/Gründe: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Kontaktaufnahme zur zuständigen Leitungsperson und Ergebnis der kollegialen Beratung:	
Wurde Kontakt mit weiteren Fachkräften aufgenommen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit wem?	_____
	_____

Anmerkungen/ Ergebnis: .....

.....

.....

.....

.....

<b>An den Ambulanten Sozialdienst</b>	
Sozialzentrum:	
Straße:	Hausnummer:
Fallzuständige Fachkraft:	
Tel.:	Fax:
<b>Der Fall wurde übergeben am:</b>	
<b>Rückantwort aus dem ambulanten Sozialdienst bis zum:</b> (Vorschlag: innerhalb 14 Tagen)	

Unterzeichnet

Meldende Fachkraft/Person

.....