

GEFÄHRDUNGSMELDUNG BZW. GEFÄHRDUNGSVERDACHTSMELDUNG

AUFNEHMENDE FACHKRAFT:	_____		
	Name, Sachgebiet/ Arbeitsbereich/ Telefon		
FUNKTION:	<input type="checkbox"/> Zuständige Fachkraft	<input type="checkbox"/> Notdienst	
	<input type="checkbox"/> Vertretung	<input type="checkbox"/> Andere _____	
MELDEZEITPUNKT:	Datum: _____	Uhrzeit: _____	Sozialraum: _____
ART DER MELDUNG	<input type="checkbox"/> Persönlich	<input type="checkbox"/> Telefonisch	<input type="checkbox"/> Schriftlich
	<input type="checkbox"/> Selbstmeldung	<input type="checkbox"/> Fremdmeldung	<input type="checkbox"/> Anonyme Meldung

ANGABEN ZUR MELDEPERSON  ANONYM

Name der MeldePerson: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail / Fax \_\_\_\_\_

Bezug der Meldeperson / Einrichtung zu dem Minderjährigen (D\*)

<input type="checkbox"/> Verwandt	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> KiTa / Kindertagespflegeperson
<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Polizei / Gericht / Staatsanwaltschaft	<input type="checkbox"/> Arzt / Hebamme / Klinik
<input type="checkbox"/> Anonyme Meldung	<input type="checkbox"/> Minderjähriger selbst	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt u.ä. Dienste
<input type="checkbox"/> Sozialer Dienst / Jugendamt	<input type="checkbox"/> Andere/r Einrichtung / Dienst HzE	<input type="checkbox"/> Eltern (-teil)/Personensorgeberechtigte/r
<input type="checkbox"/> Einrichtung der Jugendarbeit	<input type="checkbox"/> Einrichtung der Kinder- u. Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> Institution
<input type="checkbox"/> Sonstiger Bezug	<input type="checkbox"/> _____	

ANGABEN ZUM KIND / JUGENDLICHEN UND SEINER FAMILIE

	Name	Vorname	Geschlecht (A1*)	Geburts-Datum(A2*)	Alter (A3*) [Jahre;Monat]
Kind / Jugendlicher A	_____	_____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
GeschwisterKind B	_____	_____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
GeschwisterKind C	_____	_____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
GeschwisterKind D	_____	_____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
GeschwisterKind E	_____	_____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
GeschwisterKind F	_____	_____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	_____	_____
Gegenwärtiger Lebensort des Kindes / Jugendlichen: (Anschrift) (C*)	<input type="checkbox"/> Bei den Eltern <input type="checkbox"/> In einer Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Bei einem allein erziehenden Elternteil <input type="checkbox"/> In einer stationären Einrichtung <input type="checkbox"/> Bei einem Elternteil mit neuer Partnerin / neuem Partner (z.B. Stiefelternkonstellation) <input type="checkbox"/> In einer Wohngemeinschaft / in der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/> Bei den Großeltern / Verwandten <input type="checkbox"/> Ohne festen Aufenthalt <input type="checkbox"/> Bei einer sonstigen Person <input type="checkbox"/> An unbekanntem Ort				
Anschrift der Familie / Name der Mutter (Erreichbarkeit) / Name des Vaters (Erreichbarkeit) : Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) Telefon / E-Mail / Fax	_____ _____ _____ _____ _____				
Alter der leiblichen Eltern (B*):			Mutter	Vater	
	Unter 18 Jahren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18 bis unter 27 Jahre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	27 Jahre oder älter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Unbekannt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* Jugendamt: Kennzeichnung aus Statistikbogen



WISSEN SIE, OB DER FAMILIE / DEN ELTERN / DER MUTTER / DEM VATER  
UNTERSTÜTZUNG ANGEBOTEN WURDE? (NICHT-ANGESPROCHENE BITTE DURCHSTREICHEN!)

Ja  Nein

→ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SIND IHNEN FOLGENDE AUFFÄLLIGKEITEN/ BESONDERHEITEN DER FAMILIE BEKANNT?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suchtprobleme               | <input type="checkbox"/> Häusliche Gewalt        | <input type="checkbox"/> Krisen (bitte genauer beschreiben!) |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen in der Familie | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Ander (bitte genauer beschreiben!)  |

VON DER MELDEPERSON WAHRGENOMMENE SOZIALE KONTAKTE UND RESSORUCEN DER FAMILIE

Hat die Familie soziale Kontakte? Zu wem?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat der Minderjährige außerfamiliäre Kontakte? Zu wem?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Welche Fähigkeiten / positive Eigenschaften sehen Sie bei der Mutter / dem Vater / der Familie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BETEILIGUNG DES KINDES / JUGENDLICHEN UND DER MUTTER / DES VATERS SOWIE DRITTER

Die Meldeperson hat die Familie über die Meldung an das JA / ASD informiert.  JA  Nein

Wurden von der Meldeperson weitere Dienste oder Institutionen informiert?  JA  Nein

→ Wenn ja, wann und welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BEWERTUNG DER GEFÄHRDUNG DURCH DIE MELDEPERSON

Handelt es sich um eine einmalige oder um eine längerfristige Beobachtung einer Gefährdungssituation?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was veranlasste die Meldeperson gerade *jetzt* das JA / ASD einzuschalten?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie akut wird die Gefährdung durch die Meldeperson eingeschätzt?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## KOOPERATION MIT DER MELDEPERSON

Darf die Meldeperson der Familie genannt werden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ist über die Meldeperson ein Zugang zur Familie möglich?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Kann die Meldeperson zum Schutz des Kindes beitragen?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

→ Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist die Meldeperson zur Zusammenarbeit mit dem JA / ASD bereit?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

→ Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANMERKUNGEN / NOTIZEN

## BEARBEITEN / ÜBERGABE / WEITERLEITUNG DER MELDUNG BZW. ERSTEINSCHÄTZUNG

Aufnehmende Fachkraft übernimmt Ersteinschätzung / Weiterbearbeitung :	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Übergabe an Fallverantwortlichen im ASD:	<input type="checkbox"/> _____ Name, Sachgebiet/ Arbeitsbereich	Wann?: _____ Datum
--	--	-----------------------

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Aufnehmende Fachkraft