

NUR AUSZUFÜLLEN VON DER FACHKRAFT IM JUGENDAMT !**BEACHTUNG VIER-AUGEN-PRINZIP**

Fallverantwortliche Fachkraft (Name)

2. Fachkraft (Name) / Teambesprechung (Datum)

KLÄRUNGSSCHRITTE ZUR RISIKOEINSCHÄTZUNG

Hausbesuch	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
Gesprächstermin (Kind / Jugendlicher)	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
Gesprächstermin (Mutter / Vater / Eltern)	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
Kollegiale Fallberatung (Vier-Augen-Besprechung / Teambesprechung / InSoFa Kinderschutz)	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)
	<input type="checkbox"/>	_____	(Datum/Uhrzeit, Ort, Beteiligte, Protokoll / Aktennotiz beifügen)

HILFEBEDARF BZW. ART DER GEFÄHRDUNG DES KINDES / JUGENDLICHEN IM BEREICH ¹

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Vernachlässigung |
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> Körperliche Gewalt |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Versorgung | <input type="checkbox"/> Miterleben von Partnerschaftsgewalt in der Familie |
| <input type="checkbox"/> Angemessene Kleidung | <input type="checkbox"/> Seelische Gewalt |
| <input type="checkbox"/> Angemessene Wohnsituation (Wach- u. Schlafplatz) | <input type="checkbox"/> Sexuelle Gewalt |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsstil (Einstellungen u. Verhalten) | <input type="checkbox"/> Erwachsenenkonflikt um das Kind |
| <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Alltagsorganisation (Einkaufen / Kochen / Putzen / Waschen / Geldausgaben / u.a.) | <input type="checkbox"/> Autonomiekonflikt Kind-Eltern oder. Autonomiekonflikt aus Kulturkonflikten |
| <input type="checkbox"/> Beziehungsqualität: Liebe, Gemeinsame Zeit | <input type="checkbox"/> Unzureichender Schutz vor Gefahren durch Dritte |
| <input type="checkbox"/> Beziehungsqualität: Achtung u. Wertschätzung als Kommunikationsmerkmale | <input type="checkbox"/> Unverschuldetes Versagen von Eltern: |
| <input type="checkbox"/> Beziehungsqualität: Kooperation / Gewährung von Eigenständigkeit / Autonomie-Förderung als Interaktions-Merkmale | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungen durch Sucht |
| <input type="checkbox"/> Orientierung: Struktur durch Verbindlichkeit / Grenzen-Setzen / Vorbild-Sein | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungen durch Psychische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Anregung u. Förderung von Entwicklung u. Bildung | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungen durch Intellektuelle Minderbegabung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gefährdungen: | <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungen durch Körperliche Erkrankungen |
| _____ | <input type="checkbox"/> Andere Beeinträchtigungen: |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

¹ Bei unklarer Informationslage / im Falle eines Verdachts bzw. bei Vermutungen bitte entsprechenden Punkt außer mit einem Kreuz (x) zusätzlich mit einem Fragezeichen (?) markieren !

RISIKOEINSCHÄTZUNG KINDESWOHLGEFÄHRDUNG GESAMTBEWERTUNG DER GEFÄHRDUNGSSITUATION		Unter Berücksichtigung der zum Zeitpunkt dieser Einschätzung vorliegenden Informationen !
<input type="checkbox"/> Akute Kindeswohlgefährdung <input type="checkbox"/> Latente Kindeswohlgefährdung ² <input type="checkbox"/> Keine Kindeswohlgefährdung aber Hilfe - / Unterstützungsbedarf <input type="checkbox"/> Keine Kindeswohlgefährdung kein Hilfe - / Unterstützungsbedarf	Persönliche Ergänzungen / Anmerkungen: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
² Kann die Frage nach der gegenwärtig tatsächlich bestehenden Gefahr nicht eindeutig beantwortet werden, besteht aber der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung bzw. kann eine Kindeswohlgefährdung nicht ausgeschlossen werden, ist von einer „latenten Kindeswohlgefährdung“ auszugehen.		

SOFERN GEFÄHRDUNG FESTGESTELLT WURDE BZW. NICHT AUSZUSCHLIESSEN IST

Die Sorgeberechtigten (und evtl. die Jugendlichen)

- Haben **kein** Problembewusstsein
- Bestätigen die aufgezeigten Problem
- Bestätigen die aufgezeigten Probleme teilweise

Die Sorgeberechtigten

- Sind bereit, die angebotenen Hilfen anzunehmen
- Sind **nicht** bereit, die angebotenen Hilfen anzunehmen

WELCHE WEITEREN BEARBEITUNGSSCHRITTE SIND VORGESEHEN?
 WELCHE MASSNAHMEN IM KONTEXT DES HILFE- UND SCHUTZKONZEPTS?
 (AH-17 „MASSNAHMEN IM KONTEXT DES HILFE- UND SCHUTZKONZEPTS“ AUSFÜLLEN UND ANHÄNGEN!)

Neu eingerichtete Hilfen als Ergebnis der Gefährdungseinschätzung gemäß F3*

- Unterstützung nach §§ 16 bis 18 SGB VIII
- Gemeinsame Wohnform für Mütter/Väter und Kinder nach § 19 SGB VIII
- Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII
- Ambulante/teilstationäre Hilfe zur Erziehung nach §§ 27, 33 bis 35 SGB VIII
- Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
- Vorläufige Schutzmaßnahme nach § 42 SGB VIII
- Familienersetzende Hilfe zur Erziehung nach §§ 27, 33 bis 35 SGB VIII
- Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII
- Vorläufige Schutzmaßnahme nach § 42 SGB VIII
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Keine neu eingerichtete Hilfe / Keine der vorgenannten Hilfen

ZEITPUNKT DES ABSCHLUSSES DER GEFÄHRDUNGSEINSCHÄTZUNG (A4*): _____

WIEDERVORLAGE BZW AKTUALISIERUNG DER RISIKOEINSCHÄTZUNG:

- Erscheint z.Z nicht notwendig
- Ja, zum _____

 Datum, Unterschrift, Fallverantwortliche Fachkraft

* Kennzeichnung aus Statistikbogen