

**Berlineinheitlicher Erfassungsbogen bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung
(nach § 8a SGB VIII)**

Verein: **FC Hertha 03 Zehlendorf**
Anschrift: Onkel-Tom-Str. 52; 14169 Berlin
Telefonnummer: 030/902995321



Ansprechpartner/in:

Kinderschutzbeauftragte des Vereins: Rowena Yorat 0177/3398000
Name Beobachter zur Einschätzung:

Datum:

Name des/der von Gefährdung betroffenen Minderjährigen

Name: _____ Alter: ____ Aufenthalt z.Zt.: _____
Name: _____ Alter: ____ Aufenthalt z.Zt.: _____

Angaben über die betroffene Familie (sofern bekannt).

Sorgerechtsinhaber*in

Name:
Anschrift:
Telefonnummer:

Sorgerechtsinhaber*in

Name:
Anschrift:
Telefonnummer:

Geschwister

Name:
Anschrift:
Telefonnummer:

Sind Einrichtungen bekannt, die das Kind/der Jugendliche regelmäßig besucht? Wenn Ja, welche?

Ist die Familie über die Beobachtungen informiert?

- Ja
- Nein, Begründung

Wurde Kontakt mit weiteren Fachkräften aufgenommen?

- Ja, Wer?
- Nein

Worin besteht die konkrete Gefährdung? Welche Anhaltspunkte sind aufgefallen (Mehrfachnennung möglich):

Anhaltspunkte	Selten	Häufig	(fast) immer
1. Körperliche Erscheinung			
unterernährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falsche Ernährung (z.B. Übergewicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unangenehmer Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unterversorgte Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht witterungsgemäße Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatome, Narben (die auf Misshandlung hindeuten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbrüche (ungeklärte Ursache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auffällige Rötungen oder Entzündungen im Anal- und/oder Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche Entwicklungsverzögerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. kognitive Erscheinung			
eingeschränkte Reaktion auf optische und akustische Reize	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmungs- und Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzögerung der Sprach- und Intelligenzentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Psychische Erscheinung			
apathisch, traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schreckhaft, unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich, verschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verhalten gegenüber Bezugspersonen			
Angst vor Verlust (Trennungsangst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distanzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blickkontakt fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verhalten in der Gruppe			
beteiligt sich nicht am Spiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hält keine Grenzen und Regeln ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Verhaltensauffälligkeiten			
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einnässen, einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzung/Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sexualisiertes Verhalten in Bezug auf andere Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsum psychoaktiver Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schuldistanziertes Verhalten (auch fortgesetztes Fernbleiben von Tageseinrichtungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufen/Treibe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
delinquentes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ressourcen/Selbsthilfepotential

Welche Fähigkeiten/positiven Eigenschaften sehen Sie beim Kind?

Welche Fähigkeiten/positiven Eigenschaften sehen Sie bei den Eltern?

Nehmen die Eltern die Probleme wahr (Problemakzeptanz)?

Stimmen die Eltern mit Ihrer Beschreibung der Probleme überein (Problemkongruenz)?

Nehmen die Eltern Hilfe an (Hilfeakzeptanz)?

Welche Risiken in der Lebenssituation des Kindes bzw. welche Belastungssituationen in der Familie sehen Sie (Verdacht einer Kindeswohlgefährdung)?

Begründung Ihrer Einschätzung

Was haben die Eltern/Fachkräfte bereits unternommen, um die Situation des Kindes zu verändern?

Unterschrift, Datum

Erste Fachkraft:

Zweite Fachkraft:

Wenn sofortiges Handeln, wegen Anzeichen von unmittelbarer und gravierender Kindeswohlgefährdung erforderlich wird, ist der Kontakt zum zuständigen Jugendamt umgehend notwendig.

Das fallzuständige Jugendamt (bezirkliche-Wohnort des*der Sorgeberechtigten) ist umgehend zu informieren!