

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

Datum: _____ Bearbeiter/in: _____

Angaben zu den Kindeseltern und zur Familie

Allgemeine Angaben

Name Mutter: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

Name Vater/Partner: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

Sorgerecht

Mutter Vater Amtsvormund Sonstige: _____

Familiäre Situation

Eltern

KM leiblich KV leiblich KM sozial KV sozial

KE leben getrennt KE leben zusammen KE verheiratet seit: _____

Geschwister:

1. m w Alter: _____ whf.: _____ 2. m w Alter: _____ whf.: _____

3. m w Alter: _____ whf.: _____ 4. m w Alter: _____ whf.: _____

weitere: _____

Finanzielle Situation

Einkommen

kein Einkommen aus Erwerbstätigkeit ALG I ALG II

Rente Elterngeld Kindergeld Unterhalt/Unterhaltsvorschuss

Beihilfen

nein ja, welche _____

Schulden

nein ja, welche _____

Wohnverhältnisse

Eigene Wohnung

ja

Angaben zur Größe: ca. _____ m² insgesamt, mit Küche Bad _____ Wohnräume

Besonderheiten: _____

nein, sondern: _____

Ausstattung für das Kind

vorhanden teilweise vorhanden nicht vorhanden

noch ausstehend: _____

wie zu beschaffen: _____

Kind-bezogenes Verhalten der Eltern

Besuche

KM _____ x/Woche selten nie Grund: _____

KV/SV _____ x/Woche selten nie Grund: _____

Erkennen der Bedürfnisse des Kindes

(mit der Frühgeburt/Krankheit zusammenhängende)

KM ja, alle ja, die wichtigen nein, keine Grund: _____

KV/SV ja, alle ja, die wichtigen nein, keine Grund: _____

Versorgung des Kindes

(unter Beachtung der durch Frühgeburt/Krankheit bedingten Bedürfnisse)

KM selbstständig mit Hilfe nein Grund: _____

KV/SV selbstständig mit Hilfe nein Grund: _____

Interesse an der Interaktion mit dem Kind/Bindung

KM sehr stark erkennbar kaum nein Grund: _____

KV/SV sehr stark erkennbar kaum nein Grund: _____

Bemerkungen

Individuelle Ressourcen

Erkrankungen und Belastungen

Besondere psychische Belastungen

nein ja, wer _____ welche? _____

Besondere soziale Belastungen

nein ja, wer _____ welche? _____

Gewalterfahrungen

nein ja, wer _____ welche? _____

Psychische Erkrankungen

nein ja, wer _____ welche? _____

Andere Erkrankungen

nein ja, wer _____ welche? _____

Substanzkonsum

Zigaretten: nein

ja, und zwar KM früher derzeit mit: ___ Stück/täglich
 KV/SV früher derzeit mit: ___ Stück/täglich

Alkohol: nein

ja, und zwar KM früher derzeit mit: ___ Glas/täglich
 KV/SV früher derzeit mit: ___ Glas/täglich

Drogen: nein

ja, und zwar KM früher derzeit welche: _____
 KV/SV früher derzeit welche: _____

Familiäre Ressourcen

(vorhandene familiäre Ressource ankreuzen und Telefonnummer für Verfügbarkeit notieren)

- Großeltern (KM): _____ Tel.: _____
- Großeltern (KV): _____ Tel.: _____
- Verwandtschaft: _____ Tel.: _____
- Freunde / Bekannte: _____ Tel.: _____
- Sonstige: _____ Tel.: _____
- Keine

Soziale Ressourcen

(bereits vorhandene bzw. genutzte soziale Ressource ankreuzen und Telefonnummer für Verfügbarkeit notieren)

- Verein/Gemeinschaft: _____ Tel.: _____
- Jugendamt: _____ Tel.: _____
- Frühe Hilfen: _____ Tel.: _____
- Beratungsstelle: _____ Tel.: _____
- Betreuer: _____ Tel.: _____
- Selbsthilfe: _____ Tel.: _____
- Sonstige: _____ Tel.: _____
- Keine

Lokale/kommunale Ressourcen

(bereits vorhandene bzw. genutzte lokale/kommunale Ressource ankreuzen und Telefonnummer für Verfügbarkeit notieren)

- Hausarzt: _____ Tel.: _____
- Frauenarzt: _____ Tel.: _____
- Hebamme: _____ Tel.: _____
- Kinderarzt: _____ Tel.: _____
- Med. Versorgungszentrum _____ Tel.: _____
- SPZ: _____ Tel.: _____
- Andere (z.B. Therapeut): _____ Tel.: _____
- Keine