

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

\_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

## 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. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> 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