**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 Schulden

□ nein    □ ja, welche \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ 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, all e □ ja, die wichtigen □ nein, keine Grund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ KV/SV □ ja, all e □ 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