

Anlage 3 a**Dokumentationsbogen zum Hausbesuch** (gemäß § 8a SGB VIII)

Datum / Uhrzeit: _____

Protokoll zur Meldung vom: _____

Name der Familie: _____

Fallzuständige/r Sozialarbeiter/in: _____

Hausbesuch erfolgt durch: _____

Weitere Anwesende beim Hausbesuch:

Checkliste**1. Wohnraum / Häuslichkeit**

	Ja	Nein	nicht einschätzbar	nicht relevant
Wohnraum ist ausreichend vorhanden Zimmeranzahl: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnung ist beheizbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heizmaterial ist in ausreichender Form vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmwasseraufbereitung ist gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stromversorgung ist gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnzimmer in Augenschein genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Küche in Augenschein genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Badezimmer in Augenschein genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Flur in Augenschein genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wohnraum ist ausreichend möbliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jedes Kind hat sein eigenes Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jedes Kind hat Stauraum für Kleidung, Schulsachen und Spielzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder haben räumliche Gelegenheit zum Spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zum Wohnraum/ Häuslichkeit:

--

2. Hygienische Verhältnisse

	Ja	Nein	nicht einschätzbar	nicht relevant
in der Wohnung / Haus liegen hygienische Zustände vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Wohnung / Haus besteht eine Grundordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungsutensilien und Putzmittel stehen zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitärbereich ist funktionstüchtig, ausreichend ausgestattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitärbereich ist in einem hygienischen Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Küchenbereich ist funktionstüchtig / einsatzbereit (Spüle, Herd, Kühlschrank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Küchenbereich ist in einem hygienischen Zustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflegemittel (Seife, Zahnbürste, Waschlappen, Handtücher) sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschmaschine und Waschmittel vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmutzkleidung wird von sauberer Kleidung getrennt aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittel werden ausreichend hygienisch aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abfall wird regelmäßig entsorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schimmelbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungezieferbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zu den hygienischen Verhältnissen:

--

3. Ernährung / medizinische Versorgung

	Ja	Nein	nicht einschätzbar	nicht relevant
Kind wird ausreichend täglich ernährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Säuglingen / Kleinkindern altersgerechte Nahrungsmittel vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittel verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medizinische Notsituation erkannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzttermine werden wahrgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-Untersuchungen wurden durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U-Heft wurde vorgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
offensichtlicher medizinischer Behandlungsbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- bei „ja“ bzw. „nicht“ einschätzbar behandelnder Arzt:

Anmerkungen:

4. Inaugenscheinnahme *(alle minderjährigen Kinder)*

Name des Kindes:	Ja	Nein	Auffälligkeiten
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen / Auffälligkeiten benennen

6. Abschließende Bewertung der Gefährdung nach Hausbesuch

(gefährdete Bereiche ankreuzen)

- Wohnraumsituation / Häuslichkeit
- Hygienische Verhältnisse
- Ernährung / medizinische Versorgung / Gesundheit
- Soziale Einbindung der Kinder
- Wirtschaftliche Verhältnisse
- Situation bei den Kindern
- Situation der Eltern / Sorgeberechtigten

7. Anmerkungen zum weiteren Vorgehen:

(Folgetermine zur Inaugenscheinnahme nichtangetroffener Kinder, Zusammenfassung)

Datum

Unterschrift fallzuständige/r Sozialarbeiter/in