

## Anlage 4

### Gefährdungs- und Risikoeinschätzung Einschätzung und Entscheidung

Fallzust. Sozialarbeiter/in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Zur Meldung vom: \_\_\_\_\_

Betroffene/s Kind/er: \_\_\_\_\_

#### 1. Einschätzung der Fachkräfte

(Einschätzung erfolgt durch mindestens zwei Fachkräfte)

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### 2. Kontaktaufnahme

 Hausbesuch erfolgte am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr in Begleitung von \_\_\_\_\_

und am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr in Begleitung von \_\_\_\_\_

 Bei den o. g. Versuchen eines Hausbesuches wurde niemand angetroffen, folgende Schritte wurden unternommen:

Gespräch ist erfolgt am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

Gesprächsort \_\_\_\_\_

**Beim Hausbesuch angetroffen wurde/n bzw. am Gespräch beteiligt:**

Mutter  Vater

Elternteil mit Partner/in  sonstige Personen: \_\_\_\_\_

**Inaugenscheinnahme:** *(aller 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"/>

**Wenn nicht alle Kinder gesehen, Begründung bzw. eingeleitete Schritte:**

*(u.a. Kontaktaufnahme zu Institutionen, Einrichtungen etc.)*

### 3. Situationsbeschreibung:

#### **Situation des Kindes / der Kinder**

(z.B. Körperpflegezustand, Schlaf- und Wachplatz, Kleidung, Verhalten des Kindes, Vorsorgeuntersuchungsheft eingesehen)

#### **Situation der Eltern**

(z.B. Problemaakzeptanz, Problemkongruenz, Hilfeakzeptanz, Fähigkeit zur Hilfeannahme, Suchtmittelmissbrauch, schwere psychische Störungen, religiöse oder ideologische Überzeugungen, eingeschränkte intellektuelle Fähigkeiten)

#### **Zusätzliche Kontaktaufnahme erfolgte mit:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinder-, Hausarzt | <input type="checkbox"/> Kindereinrichtung   | <input type="checkbox"/> Schule            |
| <input type="checkbox"/> Tagesmutter       | <input type="checkbox"/> Interventionsstelle | <input type="checkbox"/> Einwohnermeldeamt |
| <input type="checkbox"/> Polizei           | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt      | <input type="checkbox"/> Sozialamt         |
| <input type="checkbox"/> Anderen: _____    |  |  |

Bemerkungen:

### 4. Einschätzung:

Haben sich gewichtige Anhaltspunkte bestätigt?  JA  NEIN

Gibt es andere Anhaltspunkte, die eine Kindeswohlgefährdung vermuten lassen?  JA  NEIN

Wenn JA, welche:

- allgemeine Vernachlässigung
- keine oder unzureichende Versorgung des Kindes / der Kinder
- keine Lebensmittel
- Verwahrlosung der Häuslichkeit
- seelische Gefährdung
- Suizidgefahr bei den Eltern → Meldung an sozialpsychiatrischen Dienst Gesundheitsamt
- Suizidgefahr bei den Kindern → Meldung an Notarzt
- Gewalt –  häuslich  körperlich  sexuell  psychisch
- Beziehungs- und Autonomiekonflikte
- Aufsichtspflichtverletzung
- Sucht / Drogen / Gesundheit
- Schul- / KITA-bezogene Problemlagen
- Anderes:

Bemerkung:

##### 5. Entscheidung:

***Keine Kindeswohlgefährdung und kein Hilfebedarf***

- erneuter Kontakt nicht erforderlich
- Andere Regelung:

**Keine Kindeswohlgefährdung aber Hilfe- und Unterstützungsbedarf**

- Antrag auf HzE wurde am \_\_\_\_\_ gestellt.
- HzE, § \_\_\_\_ SGB VIII ist seit \_\_\_\_\_ in der Familie.
- Andere Regelung:

**Kindeswohlgefährdung**

- Hilfe- und Unterstützungsbedarf
- HzE, § \_\_\_\_ SGB VIII ist seit \_\_\_\_\_ in der Familie.
- Antrag auf HzE wurde am \_\_\_\_\_ gestellt.
- Plan zum Schutz des Kindes / Vereinbarung (*Anlage*)
- vorläufige Schutzmaßnahme
- Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII*
- Andere: \_\_\_\_\_
- (Bei Zustimmung der Sorgeberechtigten)*

- Anrufung des Familiengerichtes( Anhörung, einstweiliges Anordnungsverfahren)
- Anzeige von Amtswegen
- Andere Regelung:

- Die / der Dienstvorgesetzte Frau / Herr \_\_\_\_\_ wurde am \_\_\_\_\_ informiert.
- Bei Nichterreichbarkeit wurde die Vertretung des / der Dienstvorgesetzten Frau / Herr \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ informiert.

6. **eingetragen in GEDOK LDS**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift fallzuständige/r Sozialarbeiter/in

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teamleiter z. K. g.