

FRÜDOK 2.0



Papierversion

Stand: 28. März 2023

A – Familie anlegen

Die Familie ist das erste Mal bei diesem Frühe-Hilfen-Netzwerk angedockt

Ja Nein

Datum, an dem der Fall angelegt wurde: TT.MM.JJJJ (automatisch)

Fallnummer Bundesland-Netzworkkürzel-laufende Nummer (automatisch)

Bundesland (automatisch nach Region/Netzwerk)

Netzwerk*

Bezirk, in dem die Familie lebt*

B – Erstabklärung

Datum des Erstkontakts mit der Institution/Person, die den Kontakt mit dem Netzwerk aufgenommen hat*
(TT.MM.JJJJ)

Kontaktaufnahme mit Netzwerk durch ...*

- die Familie selbst (Selbstmelder)
- eine vermittelnde Institution bzw. Einrichtung
- Freunde, Bekannte oder Verwandte der Familie

Wenn eine vermittelnde Institution: Welche?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Familien-/Mutter-/Frauenberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Kinderkrippe/Kindergarten/Tagesmutter |
| <input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle (z.B. Wohnberatung) | <input type="checkbox"/> Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt/-ärztin (niedergelassen) | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in (niedergelassen) |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin (niedergelassen) | <input type="checkbox"/> Psychiater/in, Psychotherapeut/in, Psychologe/Psychologin (ngl),
Psychosoziale Dienste |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/-ärztin (niedergelassen) | <input type="checkbox"/> Schule/Hort (z.B. von Geschwisterkind) |
| <input type="checkbox"/> Andere/r Ärztin/Arzt (niedergelassen) | <input type="checkbox"/> Sozialer Verein (z.B. Caritas, Volkshilfe) |
| <input type="checkbox"/> Frei praktizierende Hebamme | <input type="checkbox"/> Stationäre Sozialeinrichtung (z.B. Frauenhaus, Mutter-Kind-
Heim, Obdachloseneinrichtung) |
| <input type="checkbox"/> Frühförderstelle (z.B. Logopädie, Physiotherapie) | <input type="checkbox"/> Primärversorgungseinrichtung (PVE) |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Sonstige:..... |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendhilfe(träger) | |

Wenn Selbstmelder: Woher kam der Anstoß / die Empfehlung?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medien | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendhilfe(träger) |
| <input type="checkbox"/> Freunde, Bekannte oder Verwandte der Familie | <input type="checkbox"/> Kinderkrippe/Kindergarten/Tagesmutter |
| <input type="checkbox"/> Familien-/Mutter-/Frauenberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle (z.B. Wohnberatung) | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in (niedergelassen) |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt/-ärztin (niedergelassen) | <input type="checkbox"/> Psychiater/in, Psychotherapeut/in, Psychologe/Psychologin (ngl),
Psychosoziale Dienste |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin (niedergelassen) | <input type="checkbox"/> Schule/Hort (z.B. von Geschwisterkind) |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/-ärztin (niedergelassen) | <input type="checkbox"/> Sozialer Verein (z.B. Caritas, Volkshilfe) |
| <input type="checkbox"/> Andere/r Ärztin/Arzt (niedergelassen) | <input type="checkbox"/> Stationäre Sozialeinrichtung (z.B. Frauenhaus, Mutter-Kind-
Heim, Obdachloseneinrichtung) |
| <input type="checkbox"/> Frei praktizierende Hebamme | <input type="checkbox"/> Primärversorgungseinrichtung (PVE) |
| <input type="checkbox"/> Frühförderstelle (z.B. Logopädie, Physiotherapie) | <input type="checkbox"/> Bereits früher mit den FH in Kontakt |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Wenn Medien: **Welche Art von Medium?**

- Printmedien (Zeitung, Folder) Digitale/soziale Medien (inkl. Fernsehen und Radio) unbekannt

Anderes / nähere Erläuterung zur Person/Institution, die den Kontakt aufgenommen hat (optional)

Bitte keine Personen nennen (z. B. Dr. Thomas Maier)

.....

Rückmeldung an Person/Institution, die den Kontakt aufgenommen hat ist erfolgt*

- Ja Nein

Anmerkungen (optional)

.....

Profession der Person, die den Kontakt aufgenommen hat*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeperson | <input type="checkbox"/> (Kinder-)Psychologe/Psychologin |
| <input type="checkbox"/> Berater/in (Gesundheits-, Lebens- oder Sozialberater/in) | <input type="checkbox"/> (Kinder-)Psychiater/in |
| <input type="checkbox"/> Frühförderin/Frühförderer | <input type="checkbox"/> (Kinder-)Psychotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Hebamme | <input type="checkbox"/> Pädagoge/Pädagogin |
| <input type="checkbox"/> Logopäde/Logopädin | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/in |
| <input type="checkbox"/> Familienbegleiterin/NW-Managerin in einem FH-Netzwerk | <input type="checkbox"/> Sozialpädagogin/-pädagoge |
| <input type="checkbox"/> Nicht bekannt | <input type="checkbox"/> Familienbegleiterin/Netzwerkmanager/-in in einem FH-Netzwerk |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Anderes / nähere Erläuterung zur Profession der Person, die den Kontakt aufgenommen hat (optional)

Bitte keine Personen nennen (z. B. Dr. Thomas Maier)

.....

Grund für die Kontaktaufnahme aus der Sicht der Person, die den Kontakt aufgenommen hat

	Grund 1* (verpflichtend)	Grund 2 (optional)
Ungutes (Bauch-)Gefühl, aber keine konkreten Vermutungen/Hinweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei administrativen/rechtlichen/organisatorischen Dingen nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein soziales Netz oder sonstige Betreuung/Unterstützung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen von Überforderung/Ängsten bei Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf Unsicherheit oder Probleme im Umgang mit Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf erhöhte Betreuungsanforderungen des Kindes (z.B. Schreibaby, med. Diagnose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf Belastungen der Familie (medizinisch oder sozial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf drohende Krisensituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Problematik in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalt in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Notlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anderer Grund:

Familienbegleitung zustande gekommen*

- Ja Nein Kurzfristige Unterstützung

Wenn **nein** oder „**Kurzfristige Unterstützung**“: **Warum nicht?*** **.weil..** (Mehrfachantworten möglich)

- kein Zugang zur Familie möglich ist.
- die Familie nicht zum Zuständigkeitsbereich der Familienbegleitung zählt (z.B. nur ältere Kinder).
- die Familie nicht im Einzugsbereich des Frühe-Hilfen-Netzwerks lebt.
- Kindeswohlgefährdung vorliegt.
- ein anderes Angebot passender ist.
- die Familie falsche Erwartungen hat (z.B. wollen Haushaltshilfe, finanzielle Zuwendungen).
- die Familie keine Bereitschaft zeigt, Unterstützung anzunehmen.
- die Belastungen bereits reduziert sind bzw. kein Bedarf (mehr) besteht.
- eine kurzfristige Unterstützung ausreichend war.
- Sonstiges

Weitervermittlung*

- mit Weitervermittlung
- ohne Weitervermittlung

Abschlussdatum* (TT.MM.JJJJ)

1. Familienbegleiter/-in:

2. Familienbegleiter/-in:

Bestätigung der Information der Familie über Datenspeicherung und Sicherung*

Ich habe die Familie anhand des Informationsblattes zu Datenspeicherung, Datensicherheit und Datenschutz darüber informiert, dass wir Informationen, die wir für die Familienbegleitung sammeln, dokumentieren und elektronisch abspeichern, für wissenschaftliche Zwecke personenunabhängig auswerten. Die Familie hat dem mündlich zugestimmt.

- Ja Nein

Wenn Ja: **Datum, an dem Familie zugestimmt hat:** TT.MM.JJJJ

C – Begleitungsgründe

Gründe für die Begleitung aus der Sicht der Familie

	Begleitungsgrund 1* (verpflichtend)	Begleitungsgrund 2 (optional)
Benötigt Beratung/Unterstützung bei administrativen/organisatorischen/rechtlichen Dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt Unterstützung im Alltag (z.B. mit Haushalt, Kinderbetreuung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt Unterstützung in der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat kein soziales Netz oder sonstige Betreuung/Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich generell überfordert, hat Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich unsicher im Umgang mit Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind braucht viel Zuwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind ist (vermutlich) krank oder beeinträchtigt, war im Spital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind zeigt auffälliges Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Probleme in Partnerschaft / mit Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Probleme im Umgang mit älterem Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braucht selbst medizinische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienbegleitung wurde von anderen empfohlen / nahe gelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Problematik in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalt in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Notlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anderer Begleitungsgrund (optional):

Gründe für die Begleitung aus der Sicht der Familienbegleitung

	Begleitungsgrund 1* (verpflichtend)	Begleitungsgrund 2 (optional)
Ungutes (Bauch-)Gefühl, aber keine konkreten Vermutungen/Hinweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung bei administrativen/rechtlichen/organisatorischen Dingen nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein soziales Netz oder sonstige Betreuung/Unterstützung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeichen von Überforderung/Ängsten bei Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf Unsicherheit oder Probleme im Umgang mit Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf erhöhte Betreuungsanforderungen des Kindes (z.B. Schreibaby, med. Diagnose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf Belastungen der Familie (medizinisch oder sozial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf drohende Krisensituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Problematik in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalt in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Notlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anderer Begleitungsgrund (optional):

D – Schwangerschaft/Kinder

Ist die (werdende) Mutter eine Erstgebärende?

- Ja Nein

Familienbegleitung beginnt in der Schwangerschaft*

- Ja Nein

Wenn ja:

Geburtsjahr der werdenden Mutter* (JJJJ):

Einzelgeburt oder Mehrlingsgeburt*

- Einzelgeburt Mehrlingsgeburt

Wenn Mehrlingsgeburt: **Anzahl der Kinder***

Voraussichtlicher Geburtstermin* (MM.JJJJ)

Kinder bis zum vollendeten 3. Lebensjahr (in Ausnahmefällen bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)* (Zu Beginn und im Verlauf der Familienbegleitung geborene Kinder)

- Ja Nein

Wenn Ja: **Ja, und zwar:** (Kind hinzufügen)

Kind 1

Geburtsdatum* (MM.JJJJ)

Geschlecht

Männlich Weiblich Intersexuell

Geburtsland*

Erhöhte Betreuungsanforderungen des Kindes*

	Ja	Nein	Unklar / nicht sicher erkennbar
Hinweise auf oder Diagnose einer Schrei-, Fütter- und/oder Schlafstörung (z. B. exzessives Schreien, Kind schläft fast nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweise auf oder Diagnose einer Entwicklungsverzögerung/-störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind hat erhöhten Betreuungs- oder Therapiebedarf (z. B. aufgrund Frühgeburtlichkeit oder Behinderung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühgeburtlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrlinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene / neonatal erworbene Erkrankungen oder Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kind 2
Siehe oben

E – Weitere Familienmitglieder

Weitere Geschwister (über 3 Jahre) oder nicht im Haushalt lebende Geschwister*

Ja Nein

Wenn ja: **Ja, und zwar:** (Kind hinzufügen)

Angaben zu weiteren Geschwistern

	Im gemeinsamen Haushalt lebend*	Geburtsjahr (JJJJ)	Geschlecht
Geschwister 1	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell
Geschwister 2	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell
Geschwister 3	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell
Geschwister 4	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell
Geschwister 5	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell
Geschwister 6	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell
Geschwister 7	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell
Geschwister 8	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Intersexuell

Zusammenfassend: Wie viele Personen leben insgesamt im Haushalt (zu Beginn der Begleitung)?

Erwachsene (ab 18 Jahren)

Personen unter 18 Jahren

Anmerkungen zur Familiensituation (optional):

F – Bezugspersonen

Wie viele Hauptbezugspersonen für das Kind / die Kinder gibt es im Haushalt?*
(Je nach Anzahl, aber mind. 1 und maximal für 2 Personen)

Bezugsperson 1

Geschlecht*

Männlich Weiblich Intersexuell

Geburtsjahr*

Geburtsland*

Staatsangehörigkeit*

Höchste abgeschlossene (Schul-)Bildung*

<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Berufsbildende mittlere Schule
<input type="checkbox"/> Pflichtschulabschluss	<input type="checkbox"/> Matura
<input type="checkbox"/> Lehrabschluss	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni/Fachhochschule)
<input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Sonstiges:.....

Zur Zeit in Ausbildung*

Ja Nein

Wenn ja: Angaben zur Ausbildung*

<input type="checkbox"/> Pflichtschulabschluss	<input type="checkbox"/> Matura
<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni/Fachhochschule)
<input type="checkbox"/> Berufsbildende mittlere Schule	<input type="checkbox"/> Berufliche Weiterbildung
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

Berufliche Situation*

Erwerbstätig / in Beschäftigungsverhältnis (auch von Erwerbstätigkeit karenziert, Mutterschutz, Bildungskarenz)

Nicht erwerbstätig

Wenn nicht erwerbstätig:*

<input type="checkbox"/> In Ausbildung/Pension	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann
<input type="checkbox"/> Keine Arbeitsberechtigung / Asylstatus	<input type="checkbox"/> (Vorübergehend) arbeits-/berufsunfähig	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Sprache

Alltagssprache(n) 1*:

Alltagssprache(n) 2:

Beziehungsverhältnis zum (ungeborenen) Kind / zu den (ungeborenen) Kindern* (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leibliche Mutter / leiblicher Vater eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Adoptivmutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Pflegemutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Stiefmutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Großmutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Tante/Onkel eines Kindes / mehrerer Kinder | |

Sonstiges:

Wohnsituation* (Mehrfachantworten möglich)

- Die Bezugsperson 1 lebt mit dem Kindsvater / der Kindsmutter zusammen.
- Die Bezugsperson 1 lebt mit anderem Partner / anderer Partnerin zusammen, der/die nicht Kindsvater/-mutter ist.
- Die Bezugsperson 1 lebt alleine mit dem Kind / den Kindern.
- Die Bezugsperson 1 lebt mit eigenen Eltern/Schwiegereltern (Großeltern des Kindes) zusammen.
- Die Bezugsperson 1 lebt in einer Einrichtung.
- Die Bezugsperson 1 ist wohnungslos.

Sonstiges:

Erfahrungen mit Gewalt (sexuell, körperlich, psychisch)*

- Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Wenn ja: **Gegen wen?** (Mehrfachantworten möglich)

- Gegen sich selbst Gegen Dritte im nahen Umfeld (z.B. Vater misshandelte Mutter oder Geschwister)

Behandlung wegen psychischer Erkrankung*

- Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Wenn ja: **Wann?** (Mehrfachantworten möglich)

- Aktuell In der Vergangenheit

Erfahrungen mit der Kinder- und Jugendhilfe*

- Ja Nein Ungeklärt

Wenn ja: **Welche?** (Mehrfachantworten möglich)

- Die Bezugsperson wird aktuell von der Kinder- und Jugendhilfe (mobil oder ambulant) betreut.
- Die Bezugsperson oder ihre Familie wurde in ihrer Kindheit von der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Jugendwohlfahrt (zu Hause bzw. mobil) betreut.
- Die Bezugsperson wurde in ihrer Kindheit in einer sozialpädagogischen Einrichtung oder /und bei Pflegeeltern betreut.

Bezugsperson 2

Siehe oben

Weitere wichtige Bezugspersonen innerhalb des gemeinsamen Haushaltes*

Ja Nein

Wenn ja: **Welche?** (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leibliche Mutter eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Leiblicher Vater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Adoptivmutter eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Adoptivvater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Pflegemutter eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Pflegevater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Stiefmutter eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Stiefvater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Tante/Onkel eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> (Ur-)Großmutter eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> (Ur-)Großvater eines Kindes / mehrerer Kinder |

Sonstiges:

Anmerkungen zu den Beziehungsverhältnissen der Hauptbezugspersonen im Haushalt zu den Kindern im Alter von 0–3 bzw. 0–6 Jahren? (optional)

.....

Weitere wichtige Bezugspersonen außerhalb des gemeinsamen Haushaltes*

Ja Nein

Wenn ja: **Welche?** (Mehrfachantworten möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Leibliche Mutter eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Leiblicher Vater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Adoptiv-/Pflegermutter eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Adoptiv-/Pflegevater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Stiefmutter eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Stiefvater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Andere Verwandte der Familie |
| <input type="checkbox"/> (Ur-)Großmutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder | <input type="checkbox"/> Freunde und Nachbarn der Familie |
| | <input type="checkbox"/> Bezugsperson aus dem professionellen Kontext |

Sonstiges:

Netto-Haushaltseinkommen pro Monat*

Erwerbseinkommen, Pensionen, Familienbeihilfe, Pflegegeld, Alimente usw. abzüglich Alimentsverpflichtungen.
Vor Abzug von Ausgaben wie etwa Miete, Ratenzahlungen, etc.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bis 600 € | <input type="checkbox"/> 2.001 – 2.500 € |
| <input type="checkbox"/> 601 – 1.000 € | <input type="checkbox"/> 2.501 – 3.000 € |
| <input type="checkbox"/> 1.001 – 1.500 € | <input type="checkbox"/> mehr als 3.000 € |
| <input type="checkbox"/> 1.501 – 2.000 € | <input type="checkbox"/> Nicht eruierbar |

GA –Ressourcen (Beginn)

Die Phase „Beginn“ umfasst mehrere Termine mit der Familie, bis ein Vertrauensverhältnis aufgebaut und die Fragen beantwortet werden können.

Ressourcen und Belastungen der Familie zu Beginn der Familienbegleitung

	Trifft nicht zu / gibt es nicht	Wahrnehmung			Unklar / nicht sicher erkennbar
		(Eher) als Ressource	Neutral	(Eher) als Belastung	
Soziales Netzwerk (Kontakt zur Familie und zu Freundinnen/Freunden)*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Lage des Haushaltes*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit der Wohnsituation* (z.B. unbefristetes Mietverhältnis, Untermiete, Möglichkeit Kredit abzubezahlen bei Eigentum)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation des Wohnraums* (Lichtverhältnisse, Größe, Nachbarschaft, Zustand der Fenster usf.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeplante Schwangerschaft*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang der Familie (im gemeinsamen Haushalt) miteinander* (z.B. harmonisch vs. konfliktreich)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsorge-Situation des Kindes / der Kinder*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gesundheit der Hauptbezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gesundheit der Hauptbezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Hauptbezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Hauptbezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderung der Hauptbezugsperson 1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderung der Hauptbezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleinerziehende Hauptbezugsperson*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsgrad der Hauptbezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsgrad der Hauptbezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Haushalt lebende Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annahme/Versorgung von Kind 1*

Zumindest eine Hauptbezugsperson...	Stimmt	Stimmt teilweise	Stimmt nicht	Unklar / nicht sicher erkennbar
...nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Kindes wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...reagiert angemessen auf die körperlichen Bedürfnisse des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...reagiert angemessen auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wendet sich dem Kind aktiv zu (Blick- und Körperkontakt, Ansprache).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen: _____

Weitere Kinder (im Alter von 0–3 bzw. 0–6 Jahren):

Siehe oben

Bezugsperson 1 – Starke Zukunftsangst

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 1 – Überforderung*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 1 – Angst, von einem Kind (unter 3 bzw. in Ausnahmefällen unter 6 Jahren) abgelehnt zu werden?*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 2:

Siehe oben

Anzeichen für eine postpartale Depression der Mutter*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Eltern bzw. Partnerschaft (kurz) vor bzw. nach Trennung*

Ja Trifft zu, ist aber keine Belastung Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Anzeichen für Gewalt (sexuell, körperlich, psychisch) in der Familie vor*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Gute Kommunikationsmöglichkeit/–fähigkeit mit dem Gesundheits- und Sozialsystem bei zumindest einer Bezugsperson

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Gibt es weitere Ressourcen?*

Ja Nein

Wenn ja: **Welche?**

Gibt es weitere Belastungen?*

Ja Nein

Wenn ja: **Welche?**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Totgeburt | <input type="checkbox"/> Tod eines Kindes | <input type="checkbox"/> Tod eines anderen Familienmitglieds |
| <input type="checkbox"/> Drohende Abschiebung | <input type="checkbox"/> Drohende Delogierung | <input type="checkbox"/> Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt |
| <input type="checkbox"/> Traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Flucht | <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

GB – Ressourcen (Verlauf)

In diesem Fragenblock „Verlauf“ können **optional** Ressourcen und Belastungen dokumentiert werden, die im Verlauf der Begleitung **neu** dazu kommen.

Ressourcen und Belastungen der Familie zu Beginn der Familienbegleitung

	Trifft nicht zu / gibt es nicht	Wahrnehmung			Unklar / nicht sicher erkennbar
		(Eher) als Ressource	Neutral	(Eher) als Belastung	
Soziales Netzwerk (Kontakt zur Familie und zu Freundinnen/Freunden)*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Lage des Haushaltes*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit der Wohnsituation* (z. B. unbefristetes Mietverhältnis, Untermiete, Möglichkeit Kredit abzubezahlen bei Eigentum)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation des Wohnraums* (Lichtverhältnisse, Größe, Nachbarschaft, Zustand der Fenster usf.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeplante Schwangerschaft*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang der Familie (im gemeinsamen Haushalt) miteinander* (z. B. harmonisch vs. konfliktreich)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsorge-Situation des Kindes / der Kinder*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gesundheit der Bezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gesundheit der Bezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Bezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Bezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderung der Hauptbezugsperson 1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderung der Bezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleinerziehende Bezugsperson*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsgrad der Bezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsgrad der Bezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Haushalt lebende Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annahme/Versorgung von Kind 1*

Zumindest eine Bezugsperson...	Stimmt	Stimmt teilweise	Stimmt nicht	Unklar / nicht sicher erkennbar
...nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Kindes wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...reagiert angemessen auf die körperlichen Bedürfnisse des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...reagiert angemessen auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wendet sich dem Kind aktiv zu (Blick- und Körperkontakt, Ansprache).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen: _____

Weitere Kinder (im Alter von 0–3 bzw. 0–6 Jahren):

Siehe oben

Bezugsperson 1 – Starke Zukunftsangst

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 1 – Überforderung*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 1 – Angst, von einem Kind (unter 3 bzw. in Ausnahmefällen unter 6 Jahren) abgelehnt zu werden?*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 2:

Siehe oben

Anzeichen für eine postpartale Depression der Mutter*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Eltern bzw. Partnerschaft (kurz) vor bzw. nach Trennung*

Ja Trifft zu, ist aber keine Belastung Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Anzeichen für Gewalt (sexuell, körperlich, psychisch) in der Familie vor*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Gute Kommunikationsmöglichkeit/–fähigkeit mit dem Gesundheits- und Sozialsystem bei zumindest einer Hauptbezugsperson

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Gibt es weitere Ressourcen?*

Ja Nein

Wenn ja: **Welche?**

Gibt es weitere Belastungen?*

Ja Nein

Wenn ja: **Welche?**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Totgeburt | <input type="checkbox"/> Tod eines Kindes | <input type="checkbox"/> Tod eines anderen Familienmitglieds |
| <input type="checkbox"/> Drohende Abschiebung | <input type="checkbox"/> Drohende Delogierung | <input type="checkbox"/> Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

GC – Ressourcen (Ende)

Ressourcen und Belastungen der Familie zu Beginn der Familienbegleitung

	Trifft nicht zu / gibt es nicht	Wahrnehmung			Unklar / nicht sicher erkennbar
		(Eher) als Ressource	Neutral	(Eher) als Belastung	
Soziales Netzwerk (Kontakt zur Familie und zu Freundinnen/Freunden)*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finanzielle Lage des Haushaltes*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit der Wohnsituation* (z.B. unbefristetes Mietverhältnis, Untermiete, Möglichkeit Kredit abzubezahlen bei Eigentum)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situation des Wohnraums* (Lichtverhältnisse, Größe, Nachbarschaft, Zustand der Fenster usf.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeplante Schwangerschaft*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang der Familie (im gemeinsamen Haushalt) miteinander* (z.B. harmonisch vs. konfliktreich)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsorge-Situation des Kindes / der Kinder*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gesundheit der Hauptbezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gesundheit der Hauptbezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Hauptbezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Hauptbezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderung der Hauptbezugsperson 1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behinderung der Hauptbezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleinerziehende Hauptbezugsperson*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsgrad der Hauptbezugsperson 1*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildungsgrad der Hauptbezugsperson 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Haushalt lebende Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annahme/Versorgung von Kind 1*

<u>Zumindest eine Bezugsperson...</u>	Stimmt	Stimmt teilweise	Stimmt nicht	Unklar / nicht sicher erkennbar
...nimmt die körperlichen Bedürfnisse des Kindes wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nimmt die emotionalen Bedürfnisse des Kindes wahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...reagiert angemessen auf die körperlichen Bedürfnisse des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...reagiert angemessen auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wendet sich dem Kind aktiv zu (Blick- und Körperkontakt, Ansprache).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zeigt dem Kind gegenüber Zärtlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen: _____

Weitere Kinder (im Alter von 0–3 bzw. 0–6 Jahren):

Siehe oben

Bezugsperson 1 – Starke Zukunftsangst

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 1 – Überforderung*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 1 – Angst, von einem Kind (unter 3 bzw. in Ausnahmefällen unter 6 Jahren) abgelehnt zu werden?*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Bezugsperson 2:

Siehe oben

Anzeichen für eine postpartale Depression der Mutter*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Eltern bzw. Partnerschaft (kurz) vor bzw. nach Trennung*

Ja Trifft zu, ist aber keine Belastung Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Anzeichen für Gewalt (sexuell, körperlich, psychisch) in der Familie vor*

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Gute Kommunikationsmöglichkeit/–fähigkeit mit dem Gesundheits- und Sozialsystem bei zumindest einer Bezugsperson

Ja Nein Unklar / nicht sicher erkennbar

Gibt es weitere Ressourcen?*

Ja Nein

Wenn ja: **Welche?**

Gibt es weitere Belastungen?*

Ja Nein

Wenn ja: **Welche?**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburt, Totgeburt | <input type="checkbox"/> Tod eines Kindes | <input type="checkbox"/> Tod eines anderen Familienmitglieds |
| <input type="checkbox"/> Drohende Abschiebung | <input type="checkbox"/> Drohende Delogierung | <input type="checkbox"/> Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

H - Weitervermittlung/Unterstützungsangebote

Bedarf an einem oder mehreren Unterstützungsangeboten*

Ja Nein

Wenn ja: In welchem Bereich?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft – Geburt | <input type="checkbox"/> Gewalt |
| <input type="checkbox"/> Gesundheit | <input type="checkbox"/> Wohnen – Arbeit – Bildung |
| <input type="checkbox"/> Psychische Gesundheit | <input type="checkbox"/> Finanzielles |
| <input type="checkbox"/> Entwicklung – Erziehung | <input type="checkbox"/> Recht |
| <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung | <input type="checkbox"/> Selbsthilfe |
| <input type="checkbox"/> Soziales und familiäres Netz | |

Schwangerschaft – Geburt

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Schwangerschaftsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Gynäkologische Praxis / Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Geburtshilfestation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Geburtsvorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Hebamme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Rückbildungsangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Gesundheit

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Kinderärztliche Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Kinderklinik, Kinderstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Praxis für Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Weitere Fachärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Komplementärmedizin (z. B. Homöopathie, Cranio Sacral Therapie, Osteopathie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Mobile Kinderkrankenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Entwicklungsdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Psychische Gesundheit

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Spezifisches Angebot für postpartale Depressionen / Psychosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Spezifisches Gruppenangebot für durch Frühe Hilfen begleitete Personen mit psychischen Belastungen/Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Unterstützung für Kinder in schwierigen Situationen (z. B. nach Trennung, Tod naher Bezugspersonen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Beratung/Gruppe für Kinder und sonstige Angehörige von psychisch Erkrankten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Kinder- und Jugendpsychologie/-psychiatrie/-psychosomatik (inkl. Baby-Care-Ambulanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Psychiatrie oder Psychosomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Klinische Psychologie/Gesundheitspsychologie oder Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Suchtberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Entwicklung – Erziehung

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Angebot zur Stärkung der Erziehungs-kompetenz, Elternbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Förderung der Eltern-Kind-Bindung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Beratung bei Kindern mit erhöhten Betreuungsanforderungen (z.B. Schreibabys)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Frühförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Stillberatung/Trageberatung/Babymassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Spielgruppe/Eltern-Kind-Gruppe/Babytreff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Kinderbetreuung

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Kinderkrippe/-garten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Tagesmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Babysitter, Leih-Oma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Soziales und familiäres Netz

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Familien-/Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Lebens- und Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Paar- und Familienberatung/Paartherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Spezifisches Gruppenangebot für durch Frühe Hilfen begleitete Personen (inkl. Gruppenangebote, die auch für nicht (mehr) bzw. noch nicht begleitete Personen offen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Soziale Treffen (z.B. durch soziale Vereine, in Nachbarschaftszentren, von Religionsgemeinschaften)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Ehrenamtliche („nachbarschaftliche“) Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Gewalt

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Frauenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Interventionsstelle oder Gewaltschutzzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Kinderschutzzentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Wohnen – Arbeit – Bildung

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Wohnberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Mutter-Kind-Heim, Wohnungslosenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Stelle für Wohnungsvergabe (Gemeinden, Wohnungsgenossenschaften)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Aus-/Weiterbildung inkl. Sprachkurse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Andere (als Bildung) Leistung des Arbeitsmarktservice (AMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Berufliche (Re)Integration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Finanzielles

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
BMS/Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Arbeitslosengeld und Notstandshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Beihilfen und Förderungen (z.B. Wohnbeihilfe, Familienbeihilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sachmittel/Spenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sozialversicherung, Pensionsversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Schuldnerberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

Recht

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weitervermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Arbeitsrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Familienrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Fremdenrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Mietrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Unterstützung bei vorliegender Gesetzesüberschreitung (z.B. Polizei)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	
Sonstige Rechtsberatung:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Unklar	

Anmerkungen:

1

- | | |
|---|--|
| A In der Region nicht (ausreichend) vorhanden | B Zu lange Warteliste / keine freien Termine |
| C Kosten zu hoch | D Angebot hat Erwartungen nicht erfüllt |
| E Zeitlich mit der Ausbildung/Arbeitsstelle nicht vereinbar | F Krankheit des Kindes / der Bezugsperson |
| G Keine Kinderbetreuung möglich bzw. will nicht mit Kind außer Haus gehen | H Vermittlungsgrund nicht mehr gegeben |
| I Wissen um Unterstützungsmöglichkeit ist ausreichend | J Kein Anspruch / nicht genehmigt |
| K Vermittlung hinfällig wegen Umzug (und Ende der FB) | L Unbekannt |
| M Akzeptanz der Familie nicht gegeben | N Sprachliche Barriere |
| O Sonstiges: | |

Anzeichen von Kindeswohlgefährdung*

- Ja Nein Nicht sicher erkennbar

Wenn „Ja“ oder „Nicht sicher erkennbar“:

Gefährdungsmeldung (durch die Frühen Hilfen) an Kinder- und Jugendhilfeträger erfolgt*

- Ja
 Nein

Wenn keine Gefährdungsmeldung erfolgt ist:

Warum nicht?*

Wenn Gefährdungsmeldung erfolgt ist:

am: (TT.MM.JJJJ)

I – Abschluss

Datum* (TT.MM.JJJJ)

Initiative zur Beendigung der Familienbegleitung*

- Von Seiten der Familienbegleitung
- Von Seiten der Familie
- Beidseitig

Abschluss der Familienbegleitung, weil* ... (Mehrfachantworten möglich)

- die Belastungen aktuell reduziert werden konnten.
- die Begleitung vollständig an eine andere Institution übergeben wurde.
- die Begleitung von der Familie abgebrochen wurde oder keine ausreichende Kooperationsbereitschaft seitens der Familie (mehr) besteht.
- das betreute Kind / die betreuten Kinder über drei Jahre alt ist/sind.
- Kindeswohlgefährdung vorliegt und daher an eine andere Institution übergeben wurde.
- die Familienbegleitung nicht mehr zuständig ist (z. B. Umzug der Familie).
- die Familienbegleitung an ein anderes Netzwerk übergeben wurde (z. B. Umzug der Familie).
- Sonstiges:

Im Verlauf der Begleitung hat sich in folgenden Bereichen eine Verbesserung gezeigt* ... (Mehrfachantworten möglich):

- Gesundheit (psychische und körperliche Gesundheit der Bezugspersonen, Entwicklung und Betreuungsanforderungen der Kinder etc.).
- Soziales Netz (familiäre und soziale Unterstützung, Nachbarschaftshilfe, sonstige Beziehungen, Kinderbetreuung etc.)
- Wohnsituation (Größe, Zustand, Ausstattung, Bedarf an Ersatzwohnung, Mietrückstände etc.)
- Finanzielle Situation (Existenzsicherung, Umgang mit Geld/Schulden, Erwerbstätigkeit, Beihilfen, Mietrückstände etc.)
- Administratives (Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen etc.)
- Alltag (organisierte Lebensführung, Selbstständigkeit, realistisches Problembewusstsein, Haushaltsführung etc.)
- Elternkompetenz und Eltern-Kind-Beziehung (Erziehungskompetenz, Bindungssicherheit, Feinfühligkeit, Sicherheit im altersgemäßen Umgang etc.)
- Gesundheitskompetenz (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Alkohol etc.)
- Bildung (Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse etc.)
- Paarbeziehung/Familienklima (Überlastung, Trennung, Gewalt, Kränkungen, Konflikte etc.)
- Zukunftsperspektive (Zuversicht, Optimismus etc.)
- Begleitungsbereitschaft (Motivation zu Veränderung, Akzeptanz von Unterstützungsangeboten etc.)
- Keine Verbesserung
- Sonstiges:

Anmerkungen zum Abschluss der Familienbegleitung (optional)

.....

TERMINE

Datum*	Art des Kontakts*	Kontakt mit	Art der Intervention	Zeit mit/für Familie (in Viertelstunden)	Fahrzeit (in Viertelstunden)	Notizen (optional)	Familienbegleitung Name(n)

Art des Kontakts:

- Hausbesuch
- Persönliche Kontakte anderswo
- Begleitung zu Terminen
- Telefonisch
- E-Mail, SMS, Brief
- Corona: telefonischer Kontakt als Ersatz für einen Hausbesuch oder anderen face-to-face-Kontakt
- Andere Arbeiten für die Familie (ohne direkten Kontakt)
- Kontaktversuch/Fehlkontakt
- Sonstiges
- Familienkonferenz
- Kontakt im Rahmen eines Gruppenangebots der FH

Kontakt mit: (Mehrfachantworten möglich)

- Mutter (leiblich, Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter)
- Vater (leiblich, Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater)
- Kind/er
- Andere Bezugsperson
- Fachperson
- Niemand
- Sonstiges

Art der Intervention: (Mehrfachantworten möglich)

- Abklärung (Kontaktaufnahme, Erstkontakt mit Familie, mögliche Angebote etc.)
- Beratung
- Beziehungsstärkung
- Administrative Hilfe (z.B. für Formulare)
- Aktive Vermittlung (z.B. Begleitung zu einem anderen Angebot)
- Krisenintervention
- Konkrete Intervention (nicht Beziehungsstärkung)
- Sonstiges

PERSONENBEZOGENE DATEN

PERSONEN

Rolle der Person in der Familienbegleitung

- Hauptbezugsperson (-> nur pro Familie)
- Weitere Bezugsperson (-> nur pro Familie)
- Person aus dem Unterstützungssystem (-> allgemeine Liste)

Anrede

Titel vorne

Titel nachgestellt

Vorname

Nachname

Institution

Beziehungsverhältnis bzw. Rolle

Geburtsdatum: TT.MM.JJJJ

PLZ

Ort

Straße

Hausnummer

Telefonnummer 1

Telefonnummer 2

E-Mail@.....

NOTIZEN zur Familie

- Ziele mit der oder in Bezug auf die Familie
- Was Sie für sich sonst noch festhalten möchten (Veränderungen in der Familie,...)

Ziele mit der oder in Bezug auf die Familie

Gesundheit: psychische und körperliche Gesundheit der Bezugspersonen, Entwicklung und Betreuungsanforderungen der Kinder, etc.

.....

Soziales Netz: Familiäre und soziale Unterstützung, Nachbarschaftshilfe, sonstige Beziehungen, etc.

.....

Wohnsituation: Größe, Zustand, Ausstattung, Bedarf an Ersatzwohnung, Mietrückstände etc.

.....

Finanzielle Situation: Existenzsicherung, Umgang mit Geld und Schulden, Erwerbstätigkeit, Beihilfen, etc.

.....

Administratives: Behördenwege, Dokumente, Rechtsberatung einholen, etc.

.....

Alltag: organisierte Lebensführung, Selbstständigkeit, realistisches Problembewusstsein, Haushaltsführung, etc.

.....

Elternkompetenz: Erziehungskompetenz, Bindungssicherheit, Feinfühligkeit, Sicherheit im altersgemäßen Umgang, etc.

.....

Gesundheitskompetenz: Ernährung, Bewegung, Rauchen, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Alkohol etc.

.....

Bildung: Aus- und Fortbildungen, Sprachkenntnisse, etc.

.....

Paarbeziehung/Familienklima: Überlastung, Trennung, Gewalt, Kränkungen, Konflikte, etc.

.....

Begleitungsbereitschaft: Motivation zu Veränderung, Akzeptanz von Unterstützungsangeboten, etc.

.....

Sonstige Ziele

.....

Was Sie für sich sonst noch festhalten möchten (Veränderungen in der Familie,...)

.....

DOKUMENTE zur Familie

ARBEITSZEITDOKUMENTATION

Tätigkeit

- Teambesprechung
- Supervision/Intervision/Fallbesprechung
- Expertengremium/Fachbeirat
- Netzwerkarbeit (z. B. Runder Tisch, persönliche Gespräche, Telefonat, Netzwerktreffen)
- Leitungsteam
- Steuerungsgruppe
- Projektmanagement (z. B. Dokumentation, Berichtslegung)
- Öffentlichkeitsarbeit
- Vortragstätigkeit
- Weitere Besprechungen (z.B. Verhandlungen mit Stakeholdern)
- Fort-/Weiterbildung
- Sonstiges (z. B. Falldokumentation, Administration, fallunabhängige Recherche,...)
- Arbeiten im Rahmen der Fachlichen Leitung

Arbeitsschritt

- Vor- und Nachbesprechung
- Durchführung/Teilnahme

Dauer für die Tätigkeit: h:min (in Viertelstunden)

Fahrzeit: h:min (in Viertelstunden)

Datum: TT.MM.JJJJ

Beschreibung: