

FRÜDOK 2.0



Papierversion

Stand: 9. Jänner 2025

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-Netzwerkkürzel-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/Einrichtung ☐ Freunde, Bekannte oder Verwandte der Familie

Wenn eine vermittelnde Institution: Welche?

- | | |
|--|--|
| ☐ Familien-/Mutter-/Frauenberatungsstelle | ☐ Krankenhaus |
| ☐ Andere Beratungsstelle (z.B. Wohnberatung) | ☐ Physiotherapeut/in (niedergelassen) |
| ☐ Frauenarzt/-ärztin (niedergelassen) | ☐ Psychiater/in, Psychotherapeut/in, Psychologe/Psychologin (ngl), Psychosoziale Dienste |
| ☐ Hausarzt/-ärztin (niedergelassen) | ☐ Schule/Hort (z.B. von Geschwisterkind) |
| ☐ Kinderarzt/-ärztin (niedergelassen) | ☐ Sozialer Verein (z.B. Caritas, Volkshilfe) |
| ☐ Andere/r Ärztin/Arzt (niedergelassen) | ☐ Stationäre Sozialeinrichtung (z.B. Frauenhaus, Mutter-Kind-Heim, Obdachloseneinrichtung, Erstaufnahmezentrum) |
| ☐ Frei praktizierende Hebamme | ☐ Primärversorgungseinheit (PVE) |
| ☐ Frühförderstelle (z.B. Logopädie, Physiotherapie) | ☐ Sprechstunde im Krankenhaus |
| ☐ Krankenkasse | ☐ Anderes Frühe-Hilfen-Netzwerk |
| ☐ Kinder- und Jugendhilfe(träger) | ☐ Sonstige: _____ |
| ☐ Kinderkrippe/Kindergarten/Tagesmutter | |

Wenn Selbstmelder: Woher kam der Anstoß / die Empfehlung?

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

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

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	☐	☐
Unterstützung bei administrativen/rechtlichen/organisatorischen Dingen nötig	☐	☐
Kein soziales Netz oder sonstige Betreuung/Unterstützung vorhanden	☐	☐
Anzeichen von Überforderung/Ängsten bei Eltern	☐	☐
Hinweise auf Unsicherheit oder Probleme im Umgang mit Kind	☐	☐
Hinweise auf erhöhte Betreuungsanforderungen des Kindes (z.B. Schreibaby, med. Diagnose)	☐	☐
Hinweise auf Belastungen der Familie (medizinisch oder sozial)	☐	☐
Hinweise auf drohende Krisensituation	☐	☐
Psychische Problematik in der Familie	☐	☐
Sucht in der Familie	☐	☐
Gewalt in der Familie	☐	☐
Finanzielle Notlage	☐	☐
Allgemeine Fragen zur Entwicklung und Erziehung	☐	☐

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	☐	☐
Benötigt Unterstützung im Alltag (z.B. mit Haushalt, Kinderbetreuung)	☐	☐
Benötigt Unterstützung in der Schwangerschaft	☐	☐
Hat kein soziales Netz oder sonstige Betreuung/Unterstützung	☐	☐
Fühlt sich generell überfordert, hat Angst	☐	☐
Fühlt sich unsicher im Umgang mit Kind	☐	☐
Kind braucht viel Zuwendung	☐	☐
Kind ist (vermutlich) krank oder beeinträchtigt, war im Spital	☐	☐
Kind zeigt auffälliges Verhalten	☐	☐
Hat Probleme in Partnerschaft / mit Familie	☐	☐
Hat Probleme im Umgang mit älterem Kind	☐	☐
Braucht selbst medizinische Betreuung	☐	☐
Familienbegleitung wurde von anderen empfohlen / nahe gelegt	☐	☐
Psychische Problematik in der Familie	☐	☐
Sucht in der Familie	☐	☐
Gewalt in der Familie	☐	☐
Finanzielle Notlage	☐	☐
Allgemeine Fragen zur Entwicklung und Erziehung	☐	☐

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	☐	☐
Unterstützung bei administrativen/rechtlichen/organisatorischen Dingen nötig	☐	☐
Kein soziales Netz oder sonstige Betreuung/Unterstützung vorhanden	☐	☐
Anzeichen von Überforderung/Ängsten bei Eltern	☐	☐
Hinweise auf Unsicherheit oder Probleme im Umgang mit Kind	☐	☐
Hinweise auf erhöhte Betreuungsanforderungen des Kindes (z.B. Schreibaby, med. Diagnose)	☐	☐
Hinweise auf Belastungen der Familie (medizinisch oder sozial)	☐	☐
Hinweise auf drohende Krisensituation	☐	☐
Psychische Problematik in der Familie	☐	☐
Sucht in der Familie	☐	☐
Gewalt in der Familie	☐	☐
Finanzielle Notlage	☐	☐
Allgemeine Fragen zur Entwicklung und Erziehung	☐	☐

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*

- ☐ Österreich
- ☐ Deutschland
- ☐ Sonstige EU-15-Länder, sowie Schweiz, Norwegen, Island, Liechtenstein
- ☐ Türkei
- ☐ Kroatien, Slowenien
- ☐ restl. Ehemaliges Jugoslawien, Albanien
- ☐ Ungarn, Tschechien, Slowakei, Polen
- ☐ Rumänien, Bulgarien
- ☐ Ehemalige Sowjetrepubliken, Russische Föderation
- ☐ Sonstige europäische Länder
- ☐ Asien
- ☐ Afrika
- ☐ Nordamerika (USA, Canada)
- ☐ Lateinamerika
- ☐ Staatenlos/ungeklärt/unbekannt
- ☐ Sonstiges:.....

Besondere Merkmale 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)	☐	☐	☐
Hinweise auf oder Diagnose einer Entwicklungsverzögerung/-störung	☐	☐	☐
Kind hat erhöhten Betreuungs- oder Therapiebedarf (z. B. aufgrund Frühgeburtlichkeit oder Behinderung)	☐	☐	☐
Frühgeburtlichkeit	☐	☐	☐
Mehrlinge	☐	☐	☐
Angeborene / neonatal erworbene Erkrankungen oder Behinderung	☐	☐	☐

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	☐ Ja ☐ Nein		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Intersexuell
Geschwister 2	☐ Ja ☐ Nein		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Intersexuell
Geschwister 3	☐ Ja ☐ Nein		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Intersexuell
Geschwister 4	☐ Ja ☐ Nein		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Intersexuell
Geschwister 5	☐ Ja ☐ Nein		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Intersexuell
Geschwister 6	☐ Ja ☐ Nein		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Intersexuell
Geschwister 7	☐ Ja ☐ Nein		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Intersexuell
Geschwister 8	☐ Ja ☐ Nein		☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ 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*

- ☐ Österreich
☐ Deutschland
☐ Sonstige EU-15-Länder, sowie Schweiz, Norwegen, Island, Liechtenstein
☐ Türkei
☐ Kroatien, Slowenien
☐ restl. Ehemaliges Jugoslawien, Albanien
☐ Ungarn, Tschechien, Slowakei, Polen
☐ Rumänien, Bulgarien
☐ Ehemalige Sowjetrepubliken, Russische Föderation
☐ Sonstige europäische Länder
☐ Asien
☐ Afrika
☐ Nordamerika (USA, Canada)
☐ Lateinamerika
☐ Staatenlos/ungeklärt/unbekannt
☐ Sonstiges:.....

Staatsangehörigkeit*

- ☐ Österreich
☐ Deutschland
☐ Sonstige EU-15-Länder, sowie Schweiz, Norwegen, Island, Liechtenstein
☐ Türkei
☐ Kroatien, Slowenien
☐ restl. Ehemaliges Jugoslawien, Albanien
☐ Ungarn, Tschechien, Slowakei, Polen
☐ Rumänien, Bulgarien
☐ Ehemalige Sowjetrepubliken, Russische Föderation
☐ Sonstige europäische Länder
☐ Asien
☐ Afrika
☐ Nordamerika (USA, Canada)
☐ Lateinamerika
☐ Staatenlos/ungeklärt/unbekannt
☐ Sonstiges:.....

Höchste abgeschlossene (Schul-)Bildung*

- ☐ Kein Schulabschluss
☐ Pflichtschulabschluss
☐ Lehrabschluss
☐ Unbekannt
☐ Berufsbildende mittlere Schule
☐ Matura
☐ Hochschulabschluss (Uni/Fachhochschule)
☐ Sonstiges:.....

Zur Zeit in Ausbildung*

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Angaben zur Ausbildung*

- | | |
|---|--|
| ☐ Pflichtschulabschluss | ☐ Matura |
| ☐ Lehre | ☐ Hochschulabschluss (Uni/Fachhochschule) |
| ☐ Berufsbildende mittlere Schule | ☐ Berufliche Weiterbildung |
| ☐ Sonstiges: | |

Berufliche Situation*

- ☐ Erwerbstätig / in Beschäftigungsverhältnis (auch von Erwerbstätigkeit karenziert, Mutterschutz, Bildungskarenz)
☐ Nicht erwerbstätig

Wenn nicht erwerbstätig:*

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ In Ausbildung/Pension | ☐ Arbeitslos | ☐ Hausfrau/Hausmann |
| ☐ Keine Arbeitsberechtigung / Asylstatus | ☐ (Vorübergehend) arbeits-/berufsunfähig | ☐ Sonstiges |

Sprache

Alltagssprache(n) 1*:

- ☐ Deutsch
☐ Türkisch
☐ Bosnisch/serbisch/kroatisch
☐ Sonstiges

Alltagssprache(n) 2:

- ☐ Deutsch
☐ Türkisch
☐ Bosnisch/serbisch/kroatisch
☐ Sonstiges

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

- | | |
|---|--|
| ☐ Leibliche Mutter / leiblicher Vater eines Kindes / mehrerer Kinder | ☐ Adoptivmutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| ☐ Pflegemutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder | ☐ Stiefmutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder |
| ☐ Großmutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder | ☐ Schwester/Bruder eines Kindes / mehrerer Kinder |
| ☐ 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 in der eigenen Kindheit*

☐ 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)

☐ Leibliche Mutter eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Adoptivmutter eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Pflegemutter eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Stiefmutter eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Schwester/Bruder eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ (Ur-)Großmutter eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Leiblicher Vater eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Adoptivvater eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Pflegevater eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Stiefvater eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ Tante/Onkel eines Kindes / mehrerer Kinder

☐ (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)

- ☐ Leibliche Mutter eines Kindes / mehrerer Kinder
- ☐ Adoptiv-/Pflegemutter eines Kindes / mehrerer Kinder
- ☐ Stiefmutter eines Kindes / mehrerer Kinder
- ☐ Schwester/Bruder eines Kindes / mehrerer Kinder
- ☐ (Ur-)Großmutter/-vater eines Kindes / mehrerer Kinder

- ☐ Leiblicher Vater eines Kindes / mehrerer Kinder
- ☐ Adoptiv-/Pflegevater eines Kindes / mehrerer Kinder
- ☐ Stiefvater eines Kindes / mehrerer Kinder
- ☐ Andere Verwandte der Familie
- ☐ Freunde und Nachbarn der Familie
- ☐ 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.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Bis 600 € | ☐ 2.001 - 2.500 € | ☐ 4.001 - 4.500 € |
| ☐ 601 - 1.000 € | ☐ 2.501 - 3.000 € | ☐ 4.501 - 5.000 € |
| ☐ 1.001 - 1.500 € | ☐ 3.001 - 3.500 € | ☐ mehr als 5.000 € |
| ☐ 1.501 - 2.000 € | ☐ 3.501 - 4.000 € | ☐ 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)*		☐	☐	☐	☐
Finanzielle Lage des Haushaltes*		☐	☐	☐	☐
Sicherheit der Wohnsituation* (z.B. unbefristetes Mietverhältnis, Untermiete, Möglichkeit Kredit abzubezahlen bei Eigentum)		☐	☐	☐	☐
Situation des Wohnraums* (Lichtverhältnisse, Größe, Nachbarschaft, Zustand der Fenster usw.)		☐	☐	☐	☐
Ungeplante Schwangerschaft*	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang der Familie (im gemeinsamen Haushalt) miteinander* (z.B. harmonisch vs. konfliktreich)		☐	☐	☐	☐
Obsorge-Situation des Kindes / der Kinder*	☐	☐	☐	☐	☐
Körperliche Gesundheit der Hauptbezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Körperliche Gesundheit der Hauptbezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Hauptbezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Hauptbezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Behinderung der Hauptbezugsperson 1*	☐	☐	☐	☐	☐
Behinderung der Hauptbezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Alleinerziehende Hauptbezugsperson*	☐	☐	☐	☐	☐
Mutter bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	☐	☐	☐	☐	☐
Vater bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	☐	☐	☐	☐	☐
Bildung der Hauptbezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Bildung der Hauptbezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Im Haushalt lebende Geschwister	☐	☐	☐	☐	☐

Annahme/Versorgung von Kind 1*

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

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?**

- ☐ Schwangerschaftsverlust und stille Geburt ☐ Tod eines Kindes ☐ Drohende Delogierung
☐ Tod eines anderen Familienmitglieds ☐ Drohende Abschiebung
☐ Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt
☐ Traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Flucht
☐ 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)*		☐	☐	☐	☐
Finanzielle Lage des Haushaltes*		☐	☐	☐	☐
Sicherheit der Wohnsituation* (z. B. unbefristetes Mietverhältnis, Untermiete, Möglichkeit Kredit abzubezahlen bei Eigentum)		☐	☐	☐	☐
Situation des Wohnraums* (Lichtverhältnisse, Größe, Nachbarschaft, Zustand der Fenster usw.)		☐	☐	☐	☐
Ungeplante Schwangerschaft*	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang der Familie (im gemeinsamen Haushalt) miteinander* (z. B. harmonisch vs. konfliktreich)		☐	☐	☐	☐
Obsorge-Situation des Kindes / der Kinder*	☐	☐	☐	☐	☐
Körperliche Gesundheit der Bezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Körperliche Gesundheit der Bezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Bezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Bezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Behinderung der Hauptbezugsperson 1*	☐	☐	☐	☐	☐
Behinderung der Bezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Alleinerziehende Bezugsperson*	☐	☐	☐	☐	☐
Mutter bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	☐	☐	☐	☐	☐
Vater bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	☐	☐	☐	☐	☐
Bildung der Bezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Bildung der Bezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Im Haushalt lebende Geschwister	☐	☐	☐	☐	☐

Annahme/Versorgung von Kind 1*

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

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?**

- ☐ Schwangerschaftsverlust und stille Geburt ☐ Tod eines Kindes ☐ Drohende Delogierung
☐ Tod eines anderen Familienmitglieds ☐ Drohende Abschiebung
☐ Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt
☐ Traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Flucht
☐ 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)*		☐	☐	☐	☐
Finanzielle Lage des Haushaltes*		☐	☐	☐	☐
Sicherheit der Wohnsituation* (z.B. unbefristetes Mietverhältnis, Untermiete, Möglichkeit Kredit abzubezahlen bei Eigentum)		☐	☐	☐	☐
Situation des Wohnraums* (Lichtverhältnisse, Größe, Nachbarschaft, Zustand der Fenster usf.)		☐	☐	☐	☐
Ungeplante Schwangerschaft*	☐	☐	☐	☐	☐
Umgang der Familie (im gemeinsamen Haushalt) miteinander* (z.B. harmonisch vs. konfliktreich)		☐	☐	☐	☐
Obsorge-Situation des Kindes / der Kinder*	☐	☐	☐	☐	☐
Körperliche Gesundheit der Hauptbezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Körperliche Gesundheit der Hauptbezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Hauptbezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Psychosoziale Gesundheit (inkl. Sucht) der Hauptbezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Behinderung der Hauptbezugsperson 1*	☐	☐	☐	☐	☐
Behinderung der Hauptbezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Alleinerziehende Hauptbezugsperson*	☐	☐	☐	☐	☐
Mutter bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	☐	☐	☐	☐	☐
Vater bei der Geburt des Kindes jünger als 20 Jahre*	☐	☐	☐	☐	☐
Bildung der Hauptbezugsperson 1*		☐	☐	☐	☐
Bildung der Hauptbezugsperson 2*	☐	☐	☐	☐	☐
Im Haushalt lebende Geschwister	☐	☐	☐	☐	☐

Annahme/Versorgung von Kind 1*

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

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?**

- ☐ Schwangerschaftsverlust und stille Geburt ☐ Tod eines Kindes ☐ Drohende Delogierung
☐ Tod eines anderen Familienmitglieds ☐ Drohende Abschiebung
☐ Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt
☐ Traumatische Erfahrungen im Zusammenhang mit Flucht
☐ Sonstiges: _____

H – Weitervermittlung/Unterstützungsangebote

Bedarf an einem oder mehreren Unterstützungsangeboten*

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: **In welchem Bereich?**

- | | |
|---|--|
| ☐ Schwangerschaft – Geburt | ☐ Gewalt |
| ☐ Gesundheit | ☐ Wohnen – Arbeit – Bildung |
| ☐ Psychische Gesundheit | ☐ Finanzielles |
| ☐ Entwicklung – Erziehung | ☐ Recht |
| ☐ Kinderbetreuung | ☐ Selbsthilfe |
| ☐ 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	☐	☐	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unklar	
Gynäkologische Praxis / Ambulanz	☐	☐	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unklar	
Geburtshilfestation	☐	☐	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unklar	
Geburtsvorbereitung	☐	☐	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unklar	
Hebamme	☐	☐	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unklar	
Rückbildungsangebot	☐	☐	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unklar	
Sonstiges:	☐	☐	☐ Nein	☐ Ja	☐ Unklar	

Anmerkungen:

Gesundheit

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

Anmerkungen: _____

Psychische Gesundheit

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

Anmerkungen: _____

Entwicklung – Erziehung

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

Anmerkungen: _____

Kinderbetreuung

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weiter-vermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Kinderkrippe/-garten	☐	☐	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar	
Tagesmutter	☐	☐	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar	
Babysitter, Leih-Oma	☐	☐	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar	
Sonstiges:	☐	☐	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar	

Anmerkungen: _____

Soziales und familiäres Netz

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

Anmerkungen: _____

Gewalt

Angebot und/oder AkteurInnen	Bedarf gegeben	Weiter-vermittelt	In Anspruch genommen	Angebot nicht in Anspruch genommen / weitervermittelt, weil ¹
Frauenhaus	☐	☐	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar	
Interventionsstelle oder Gewaltschutzzentrum	☐	☐	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar	
Kinderschutzzentrum	☐	☐	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar	
Sonstiges:	☐	☐	☐ Nein ☐ Ja ☐ Unklar	

Anmerkungen: _____

Wohnen – Arbeit - Bildung

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

Anmerkungen: _____

Finanzielles

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

Anmerkungen: _____

Recht

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

Anmerkungen: _____

1

A In der Region nicht (ausreichend) vorhanden

C Kosten zu hoch

E Zeitlich mit der Ausbildung/Arbeitsstelle nicht vereinbar

G Keine Kinderbetreuung möglich bzw. will nicht mit Kind außer Haus gehen

I Wissen um Unterstützungsmöglichkeit ist ausreichend

K Vermittlung hinfällig wegen Umzug (und Ende der FB)

M Akzeptanz der Familie nicht gegeben

O Sonstiges:

B Zu lange Warteliste / keine freien Termine

D Angebot hat Erwartungen nicht erfüllt

F Krankheit des Kindes / der Bezugsperson

H Vermittlungsgrund nicht mehr gegeben

J Kein Anspruch / nicht genehmigt

L Unbekannt

N Sprachliche Barriere

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)

Die Familie wird aktuell von der Kinder- und Jugendhilfe betreut

☐ Ja

☐ Nein

☐ Nicht sicher erkennbar

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.).
- ☐ Partnerschaft/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)	Wegzeit (in Viertelstunden)	Notizen (optional)	Familienbegleitung Name(n)

Art des Kontakts:

Hausbesuch
 Persönlicher Kontakt anderswo
 Begleitung zu Terminen
 Telefonisch und Videocalls
 E-Mail, SMS, Brief, Sprachnachricht
 Kurzer f-2-f-Kontakt
 Andere Arbeiten für die Familie (ohne direkten Kontakt)
 Kontaktversuch/Fehlkontakt/Kurzfristige Absage
 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

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
 Entlastungsgespräch

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
- ☐ [Regionale Koordinierungsgruppe \(ehemals Steuerungsgruppe\)](#)
- ☐ 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
- ☐ Paralleltätigkeit in der Funktion als Fachliche Leitung
- ☐ Paralleltätigkeit in der Funktion als Familienbegleitung (z. B. Telefonat während Dienstfahrt)
- ☐ [FH-Koordinatorentätigkeit](#)

Arbeitsschritt

- ☐ Vor- und Nachbesprechung
- ☐ Durchführung/Teilnahme

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

Fahrzeit: h:min (in Viertelstunden)

Datum: TT.MM.JJJJ

Beschreibung: