Freie Hansestadt Bremen

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter,

Sie sind als Fachkraft in einer Einrichtung, einem Dienst der Kinder- und Jugendförderung, der Kinder- und Jugendarbeit oder bei einem Jugendverband der Stadtgemeinde Bremen tätig und haben bei einem Kind oder einem/ einer Jugendliche/n, das /die Ihre Einrichtung besucht oder ein Angebot wahrnimmt, erste Verdachtsmomente dass es / er/ sie in seiner/ihrer Entwicklung gefährdet ist - es gibt Anhaltspunkte dafür, dass er/sie die Erfahrung von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch machen musste.

Dieser Arbeitsbogen soll Sie bei der Risikoabwägung einer möglichen Kindeswohlgefährdung des betroffenen Kindes /Jugendlichen unterstützen und die Zusammenstellung der notwendigen Informationen zur Weitervermittlung an das Jugendamt erleichtern.

Wir bitten Sie bei Erhärtung von Verdachtsmomenten nach Beratung mit einer insoweit erfahrenden Fachkraft diesen Bogen zu nutzen und unmittelbar dem regional zuständigen Sozialdienst Junge Menschen zuzuleiten. Der Ambulante Sozialdienst übernimmt dann die Verantwortung für die weiteren Handlungsschritte und für das Kindeswohl. Sofern keine schwerwiegenden Gründe dagegen stehen, erhalten Sie eine angemessene Rückmeldung zu den weiter veranlassten Handlungsschritten.

Einrichtung/ Dienst	
Ort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	Fax:
Meldende Fachkraft:	

Kind/ Jugendliche/r	
Name:	Vorname:
Geb.	in:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	Fax:

Sorgerechtsinhaber sofern bekannt	
Name:	Vorname:
Geb.	in:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	Fax:

Geschwisterkinder sofern bekannt		
Name:	Alter	Wohnort

Gefährdungseinschätzung

Die folgende Aufstellung soll Ihnen die Darstellung der Gefährdungseinschätzung erleichtern.

Anhaltspunkte beim Kind oder Jugendlichen	
1. Nicht plausibel erklärbare sichtbare Verletzungen (auch Selbstverletzungen)? 2. Körperliche oder seelische Krankheitssymptome (z. B. Einnässen, Ängste, Zwänge, ...)? 3. Unzureichende Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr? 4. Fehlende, aber notwendige ärztliche Vorsorge und Behandlung? 5. Zuführung die Gesundheit gefährdender Substanzen? 6. Für das Lebensalter mangelnde Aufsicht? 7. Hygienemängel (z. B. Körperpflege, Kleidung, ...)? 8. Unbekannter Aufenthalt (z. B. Weglaufen, Streunen, ...)? 9. Fortgesetzte unentschuldigte Schulversäumnisse oder fortgesetztes unentschuldigtes Fernbleiben von der Tageseinrichtung? 10. Gesetzesverstöße?	☐ ☐

Anhaltspunkte in Familie und Lebensumfeld	
11. Gewalttätigkeiten in der Familie?	☐
12. Sexuelle oder kriminelle Ausbeutung des Kindes oder Jugendlichen?	☐
13. Eltern psychisch oder suchtkrank, körperlich oder geistig beeinträchtigt?	☐
14. Familie in finanzieller bzw. materieller Notlage?	☐
15. Desolate Wohnsituation (z. B. Vermüllung, Wohnfläche, Obdachlosigkeit, ...)?	☐
16. Traumatisierende Lebensereignisse (z. B. Verlust eines Angehörigen, Unglück, ...)?	☐
17. Erziehungsverhalten und Entwicklungsförderung durch Eltern schädigend?	☐
18. Soziale Isolierung der Familie?	☐
19. Desorientierendes soziales Milieu bzw. desorientierende soziale Abhängigkeiten?	☐
Anhaltspunkte zur Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit	
20. Kindeswohlgefährdung durch Erziehungs- oder Personensorgeberechtigte nicht abwendbar?	☐
21. Fehlende Problemeinsicht?	☐
22. Unzureichende Kooperationsbereitschaft?	☐
23. Mangelnde Bereitschaft, Hilfe anzunehmen?	☐
24. Bisherige Unterstützungsversuche unzureichend?	☐
25. Frühere Sorgerechtsvorfälle?	☐

Gefährdungseinschätzung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ist die Familie über die Beobachtung informiert?	ja ☐ nein ☐
Konnten der Familie Hilfen angeboten werden?	ja ☐ nein ☐
Wenn ja, mit welchem Ergebnis?	

Anmerkungen/Gründe:

.....

.....

.....

.....

.....

Kontaktaufnahme zur zuständigen Leitungsperson und Ergebnis der kollegialen Beratung:	
Wurde Kontakt mit weiteren Fachkräften aufgenommen?	ja ☐ nein ☐
Wenn ja, mit wem?	_____

Anmerkungen/ Ergebnis:

.....

.....

.....

.....

An den Ambulanten Sozialdienst	
Sozialzentrum:	
Straße:	Hausnummer:
Fallzuständige Fachkraft:	
Tel.:	Fax:
Der Fall wurde übergeben am:	
Rückantwort aus dem ambulanten Sozialdienst bis zum: (Vorschlag: innerhalb 14 Tagen)	

Unterzeichnet

Meldende Fachkraft/Person

.....