



An das Gesundheitsamt Bremen Kinder-und Jugendärztlicher Gesundheitsdienst Horner Str. 28203 Bremen

Auskunft erteilt: Außenstelle: T (0421) 361- F (0421) 361-15600 Geschäftsstelle Tel.: 361-15115 Datum und Zeichen Ihres Schreibens: Unser Zeichen: (bitte bei Antwort angeben) Bremen, den

EINLEITUNG EINER SOZIALPÄDIATRISCHEN BEURTEILUNG ZUR EINSCHÄTZUNG DES ENTWICKLUNGSSTANDES VON KINDERN SUBSTITUIERTER/DROGENABHÄNDIGER ELTERN /BEZUGSPERSONEN

- elterlicher Haushalt I.O/ fremdplatziert seit

Für das Kind

Name Vorname geboren aktueller Aufenthaltsort: Staatsangehörigkeit seit:

Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Amtsvormund

Name Vorname Adresse Telefon

Vom Case-Manager beizufügende Unterlagen

Gutachten über die Untersuchung einer Haarprobe (Kind, Eltern -zutreffendes unterstreichen-) auf die Belastung von Drogen ID Nr.:

Einverständnis der Mutter/ des Vormundes

Kurzbericht vom Case-Manager über die Vorgeschichte/Problematik, bei Fremdplatzierung kurze Schilderung die zur Herausnahme des Kindes führte

Weitere Klinik-/SPI-Berichte/ Therapeuten, Sorgeberechtigte

Ja Nein

Im Auftrag

**Gesundheitsamt Bremen**  
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst



Gesundheitsamt Bremen • Postfach 10 50 09 • 28050 Bremen

Amt für Soziale Dienste

Auskunft erteilt:

Außenstelle:

T (0421) 361-  
F (0421) 361-15600

Geschäftsstelle Tel.: 361-15115  
Datum und Zeichen  
Ihres Schreibens:  
Unser Zeichen: .  
(bitte bei Antwort angeben)

Nachrichtlich:  
Amtsvormundschaft

Bremen, den

### SOZIALPÄDIATRISCHE STELLUNGNAHME ZUR EINSCHÄTZUNG DES ENTWICKLUNGSSTANDES EINES KINDES

- elterlicher Haushalt  
 I.O/ Fremdplatziert seit

#### Für das Kind

Name	Vorname	geboren
aktueller Aufenthaltsort:		Staatsangehörigkeit
seit:		

#### Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Amtsvormund

Name	Vorname
Adresse	Telefon

#### Stellungnahme nach Untersuchung am:

- Wo  im GA  zuhause  im KITA  in Schule  Sonst.
- Mit wem:  leibl.Mutter  Amtsvormund  mit CM  Sonst.

#### Bisherige Maßnahmen:

Frühförderung  KITA-Förderung  keine Förderung

Therapien  wenn ja, welche :

Vom Case-Manager beigefügte Unterlagen :

Gutachten über die Untersuchung einer Haarprobe (Kind, Eltern -zutreffendes unterstreichen-) auf die Belastung von Drogen ID Nr.: \_\_\_\_\_

Einverständnis der Mutter/ des Vormundes

Kurzbericht vom Case-Manager über die Vorgeschichte/Problematik, bei Fremdplatzierung kurze Schilderung die zur Herausnahme des Kindes führte

Weitere Klinik-/SPI-Berichte/  
Therapeuten, Sorgeberechtigte

Ja  Nein

**Kurze Zusammenfassung der Vorgeschichte**

**Aktueller Befund:**

I. Allgemeiner Eindruck des Kindes

II. Körperliche Untersuchung/Alter/Körpermaße

III. Motorik

IV. Sprache

V. Kognition

VI. Sozialverhalten

VII. Ergebnis des SDQ-Fragebogens/ Elternfragebogen

**Zusammenfassende sozialpädiatrische Beurteilung**

**Weitere Veranlassungen bzw. Maßnahmen**

Weitere medizinische Diagnostik empfohlen Ja  Nein

Wenn ja, welche:

Ambulante Therapien empfohlen Ja  Nein

Wenn ja, welche:

Weitere Maßnahmen empfohlen Ja  Nein

Wenn ja, welche:

Mitbeurteilung durch EB empfohlen Ja  Nein

Verweisung zu HNO Arzt / Augenarzt / Kipsy / SPI/ Behandelnden Kinderarzt / Sonstiges erfolgt

(zutreffendes unterstreichen)

ggf. nähere Erläuterungen und Hinweise:

**Ergänzende Hinweise**

Im Auftrag