

STADT
GREVENBROICH
DER BÜRGERMEISTER

Kurzeinschätzung

Einschätzung der Gewährleistung des Kindeswohls

Datum. _____

Bewertung erfolgt im Ampelsystem

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

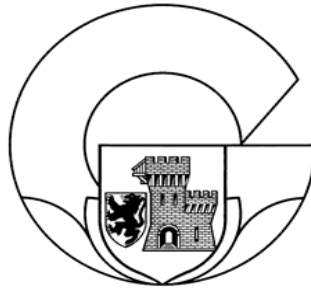
geb.: _____

Beobachtende Person: _____

Wo erfolgte die Beobachtung: _____

Einordnungsschema zur Erfüllung der Bedürfnisse

Gesundheitliche psychische Situation- Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gesundheitliche psychische Situation- Mutter/Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Arztbesuche/Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schul-/ Kitabesuch/ Termine regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Häufig auftretende unerklärliche sichtbare oder oder unsichtbare Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Einnässen oder Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Müdigkeit/Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Witterungsangemessene Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zusammenarbeit Erziehungsberechtigte mit der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fürsorgepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



STADT
GREVENBROICH
DER BÜRGERMEISTER

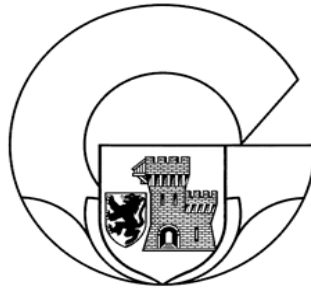
Relevante Förderung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sexualisiertes Verhalten des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altersgemäßer Kontakt, Distanzlosigkeit, Körperkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aggressive Verhaltensweisen des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Integrationsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körperkontakt der Eltern zum Kind soweit wahrnehmbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sonstiges _____

Sollten Sie nach Ausfüllen dieses Fragebogens noch zu keiner Einschätzung gelangt sein, in welche Gefahrenkategorie das Kind einzustufen ist, empfehlen wir Ihnen den erweiterten Fragebogen.

Unterschrift _____

Datum _____



STADT
GREVENBROICH
DER BÜRGERMEISTER

Ergänzende Kriterien zur Einschätzung der Gewährleistung des Kindeswohls

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

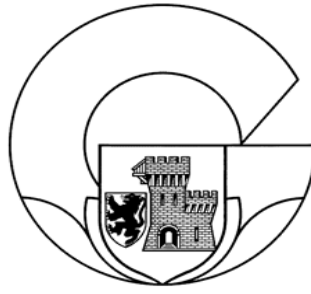
geb.: _____

Beobachtende Person: _____

Wo erfolgte die Beobachtung: _____

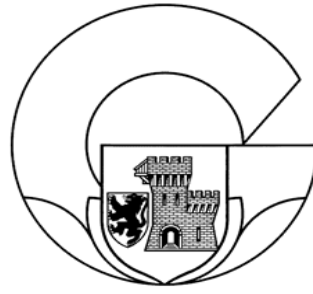
Einordnungsschema zur Erfüllung der Bedürfnisse

Besondere Belastungen der Mutter in der Schwangerschaft/ Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besonders schwierige Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung der Mutter/Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körperliche Erkrankung der Mutter/Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körperliche Erkrankung des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Suchtverhalten der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Suchtverhalten des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eigene Jugendhilfeeinfahrung der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besondere wirtschaftliche Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Besondere wohnliche Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hygienische Zustände der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



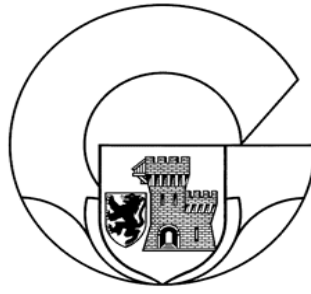
STADT
GREVENBROICH
DER BÜRGERMEISTER

Beziehungs/Paarkonflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fürsorgepflicht der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kind hat konstante Beziehungspersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gesundes Bindungsverhalten ist vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eltern fordern Hilfe ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eltern nehmen Hilfsangebote an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medizinisches Vorsorgeverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kind wird mit ausreichend Nahrung versorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ernährt sich ausgewogen/gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kenntnis von Pflege- und Fürsorgebedürfnissen von Kindern sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kind trägt witterungsangemessene Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kind trägt saubere Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kind ist häufig auf sich allein gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bedürfnisse/Fähigkeiten des Kindes werden von den Eltern wahrgenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Förderung sinnvoller Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Angemessene Erziehungsmittel/konsequent-wertschätzend/ Grenzen setzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



STADT
GREVENBROICH
DER BÜRGERMEISTER

häufig auftretende unerklärliche Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ritzt sich das Kind oder fügt sich anderweitige Verletzungen selbst zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Untergewicht/Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Müdigkeit/ Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Einnässen/ Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Teilnahmslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Soziale Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sexualisiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altersgemäßer Kontakt/ Distanzlosigkeit/ Körperkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gruppenfähigkeit/ Gruppenstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respekt/ Konfliktbewältigung/Aggressivität/ Selbstregulation/Recht-Unrechtsbewußtsein/ Regelverhalten/ Dominanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altersgerechte Förderung der geistigen und motorischen Kräfte und Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



STADT
GREVENBROICH
DER BÜRGERMEISTER

Altersgerechte Förderung der Sprach-
Entwicklung

Verinnerlichung von gesellschaftlichen
Werten und sozialen Grenzen

Entwicklung von Rechts-und

Unrechtsbewusstsein

Sonstiges: _____

Unterschrift _____

Datum _____