



Berlineinheitlicher Erfassungsbogen bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung (Ersteinschätzung gem. § 8 a SGB VIII)

(Für Fachkräfte der öffentlichen und freien Jugendhilfe in den Arbeitsfeldern z.B. Kindertagesbetreuung, Jugendarbeit, öffentliche EFB - ausgenommen RSD)

!!! Für die Erfassung eines Verdachtfalles müssen in der Regel mehrere und altersbedingte Anhaltspunkte entsprechend der berlineinheitlichen Indikatoren- und Risikofaktoren vorliegen !!!

Institution / Ansprechpartner/in: _____

Datum: _____ Telefon: _____

Name des /der von der Gefährdung betroffenen Minderjährigen:

Name: _____ Alter: _____ Aufenthalt z.Zt. _____

Name: _____ Alter: _____ Aufenthalt z.Zt. _____

Name: _____ Alter: _____ Aufenthalt z.Zt. _____

Angaben über die betroffene Familie (sofern bekannt):

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Geschwister: _____

Sind Einrichtungen bekannt, die das Kind / der Jugendliche regelmäßig besucht?

Worin besteht die konkrete Gefährdung? Welche Anhaltspunkte sind aufgefallen (Mehrfachnennungen möglich):

Anhaltspunkte	Selten	Häufig	(fast) immer
1. Körperliche Erscheinung			
unterernährt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
falsche Ernährung (z.B. Übergewicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unangenehmer Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unversorgte Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht witterungsgemäße Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hämatome, Narben (die auf Misshandlung hindeuten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheitsanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenbrüche (ungeklärte Ursache)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auffällige Rötung oder Entzündungen im Anal- und Genitalbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Entwicklungsverzögerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhaltspunkte	Selten	Häufig	(fast) immer
2. kognitive Erscheinung			
eingeschränkte Reaktion auf optische und akustische Reize	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmungs- und Gedächtnisstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzögerung der Sprach- und Intelligenzentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. psychische Erscheinung			
apathisch, traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schreckhaft, unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich, verschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verhalten gegenüber Bezugspersonen			
Angst vor Verlust (Trennungsangst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distanzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blickkontakt fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verhalten in der Gruppe			
beteiligt sich nicht am Spiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hält keine Grenzen und Regeln ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Verhaltensauffälligkeiten			
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einnässen, einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstverletzung / Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualisiertes Verhalten in Bezug auf andere Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsum psychoaktiver Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuldistanziertes Verhalten (auch fortgesetztes Fernbleiben von Tageseinrichtungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufen / Trebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
delinquentes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sonstiges			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ressourcen/Selbsthilfepotential

Welche Fähigkeiten/positiven Eigenschaften sehen Sie beim Kind?

Welche Fähigkeiten/positiven Eigenschaften sehen Sie bei den Eltern?

Nehmen die Eltern die Probleme wahr (Problemakzeptanz)?

Stimmen die Eltern mit Ihrer Beschreibung der Probleme überein (Problemkongruenz) ?

Nehmen die Eltern Hilfe an (Hilfeakzeptanz) ?

Welche Risiken in der Lebenssituation des Kindes bzw. welche Belastungssituationen in der Familie sehen Sie (Verdacht einer Kindeswohlgefährdung) ? Begründung Ihrer Einschätzung

Was haben die Eltern/Fachkräfte bereits unternommen, um die Situation des Kindes zu verändern?

Unterschrift, Datum

Erste Fachkraft _____

Zweite Fachkraft _____

Wenn sofortiges Handeln wegen Anzeichen von unmittelbarer und gravierender Kindeswohlgefährdung erforderlich wird, ist der Kontakt zum zuständigen Jugendamt umgehend notwendig.

Die bezirklichen Jugendämter sind über das zentrale Krisentelefon montags bis freitags von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr zu erreichen. Außerhalb der genannten Zeiten wird die Erreichbarkeit und Weiterleitung der Meldungen über die Berliner Hotline Kinderschutz ☎ 61 00 66 sichergestellt.