

## Anfrage- und Einschätzungsbogen zum Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen

Bitte Formular zurück an: Koordinierungsstelle Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen  
Tel.: 0331 289 2373  
Fax: 0331 289 84 2373  
E-Mail: [gesundheitsfoerderung@rathaus.potsdam.de](mailto:gesundheitsfoerderung@rathaus.potsdam.de)

**Ausfüllende Stelle/ Institution:** \_\_\_\_\_

**BearbeiterIn:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

### Daten und Angaben zur Familie:

(von antragstellender Institution auszufüllen)

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	
ggf. E-Mail:	
Name des Kindes/ der Kinder:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Hauptbezugsperson für das Kind	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere Person:
Ratsuchende Person ist Hauptbezugsperson	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, sondern:
Alter der Bezugspersonen	Mutter:    Jahre      Vater:    Jahre

Alter des Kindes/ der Kinder bei Antragstellung	..... Monate <input type="checkbox"/> ungeboren VET:
Anzahl der Geschwister	
Alter der Geschwister	..... Jahre ..... Jahre ..... Jahre ..... Jahre ..... Jahre
Beziehung der Kindseltern	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Beziehung problematisch <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Ausreichendes soziales Netz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beide Elternteile in Beratung einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besondere Wohnsituation	<input type="checkbox"/> bei Kindsmutter <input type="checkbox"/> bei Kindsvater <input type="checkbox"/> bei Kindsmutter oder -vater mit neuem Partner <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft u.a. <input type="checkbox"/> kein Wohnsitz
Wohnsituation schwierig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erwerbssituation Mutter	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> in Elternzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig/ erwerbslos
Erwerbssituation Vater	<input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> in Elternzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig/ erwerbslos

Haushaltsfinanzlage	<input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> nicht gesichert <input type="checkbox"/> verschuldet <input type="checkbox"/> Bezug ALG II
Kinderbetreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Migrationshintergrund mind. eines Elternteils	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus: <input type="checkbox"/> mangelhafte Deutschkenntnisse
Belastungsfaktoren der Hauptbezugsperson/en	<input type="checkbox"/> Beziehungsabbrüche <input type="checkbox"/> Gewalterfahrung <input type="checkbox"/> Traumatisierung <input type="checkbox"/> andere:
Gesundheit der Hauptbezugsperson/en	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> chronisch krank <input type="checkbox"/> psychisch krank <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> suchtgefährdet/suchtkrank <input type="checkbox"/> körperliche Einschränkungen
Konfliktschwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Geburtserleben traumatisch <input type="checkbox"/> extreme körperliche Belastung in Schwangerschaft
Besondere Situation für das Kind	<input type="checkbox"/> chronische Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Sonstiges:

<sup>1</sup> anzukreuzen nur bei gesicherter ärztlicher Diagnose

Regulationsstörungen des Kindes	<input type="checkbox"/> Schlaf <input type="checkbox"/> Ernährung  <input type="checkbox"/> exzessiv Schreien/ Unruhe  <input type="checkbox"/> Trotz/ Aggression/ Klammern
---------------------------------	--

Inanspruchnahme einer Hebamme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Inanspruchnahme von Hilfen durch das Jugendamt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anmerkungen	

Die Datenerhebung und Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage der DSGVO mit Wirkung zum 24.05.2018.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift empfehlungsberechtigte Person

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Familie/ Erziehungsberechtigte

## 2. Einschätzung der Koordinierungsstelle Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen

(von der Koordinierungsstelle Familienhebammen auszufüllen)

Kontaktaufnahme mit Familie	<input type="checkbox"/> Telefonat am: <input type="checkbox"/> Hausbesuch am: <input type="checkbox"/> E-Mail: <input type="checkbox"/> erfolglos
Einsatz erfolgt gemäß	<input type="checkbox"/> Bundesstiftung Frühe Hilfen <input type="checkbox"/> kein Einsatz erforderlich <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Vermittlung an Regionale Kinder- und Jugendhilfe	<input type="checkbox"/> Vermittlung am/ an:
Wenn Einsatz gemäß Bundesstiftung Frühe Hilfen, wird zunächst folgender Stundenumfang gewährt	<input type="checkbox"/> 10 Stunden <input type="checkbox"/> 20 Stunden <input type="checkbox"/> 30 Stunden
Anmerkungen	

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Koordinierungsstelle