

Einsatz von Familienhebammen und FGKiKp im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen in der Landeshauptstadt Potsdam

**Anfrage- und Einschätzungsbogen Frühe Hilfen / Einsatz von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen**

Anmeldung für die Kontaktaufnahme mit der Koordinierungsstelle Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen

Bitte Formular zurück an: Koordinierungsstelle Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen  
Tel.: 0331 289 2373  
Fax: 0331 289 84 2374  
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                         | andere BZP:    Jahre                    |
| Alter des Kindes bei Antragstellung      | ..... Monate                    |   | <input type="checkbox"/> ungeboren      |
| Anzahl der Geschwister                   |                                 |   |   |

Einsatz von Familienhebammen und FGKiKp im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen in der Landeshauptstadt Potsdam

|   |  |
|---|--|
| Alter der Geschwister   | ....Jahre .....Jahre .....Jahre .....Jahre .....Jahre  |
| Beziehung der Kindseltern<br>(Angabe nur, wenn es im Rahmen der Beratung bedeutsam erscheint) | <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> Beziehung problematisch <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| Ausreichendes soziales Netz   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Anderer Elternteil auch in Beratung einbezogen  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |

|  |   |
|--|---|
| Wohnsituation  | <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Kindsmutter/-vater<br><input type="checkbox"/> in WG <input type="checkbox"/> mit anderen PartnerIn<br><input type="checkbox"/> kein Wohnsitz <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen/ Wohnheim |
| 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<br><input type="checkbox"/> nicht berufstätig/ erwerbslos  |
| Erwerbssituation Vater<br>(Angabe nur, wenn es im Rahmen der Beratung bedeutsam erscheint) | <input type="checkbox"/> berufstätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> in Elternzeit<br><input type="checkbox"/> nicht berufstätig/ erwerbslos  |
| Haushaltsfinanzlage  | <input type="checkbox"/> gesichert <input type="checkbox"/> nicht gesichert <input type="checkbox"/> verschuldet<br><input type="checkbox"/> Bezug ALG II <input type="checkbox"/> Rente  |
| Kinderbetreuung  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |

|   |   |
|---|---|
| Migrationshintergrund mind. eines Elternteils | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus:<br><input type="checkbox"/> in Deutschland seit      Jahren<br><input type="checkbox"/> mangelhafte Deutschkenntnisse |
| Belastungsfaktoren der Hauptbezugsperson      | <input type="checkbox"/> Beziehungsabbrüche <input type="checkbox"/> Gewalterfahrung<br><input type="checkbox"/> Traumatisierung<br><input type="checkbox"/> andere:                  |

Einsatz von Familienhebammen und FGKiKp im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen in der Landeshauptstadt Potsdam

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Gesundheit der Hauptbezugsperson     | <input type="checkbox"/> unauffällig<br><input type="checkbox"/> psychisch krank <sup>1</sup><br><input type="checkbox"/> suchtgefährdet/suchtkrank <input type="checkbox"/> psychisch belastet<br><input type="checkbox"/> körperlich krank<br><input type="checkbox"/> chronisch krank |
| Konfliktschwangerschaft <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Geburtserleben traumatisch<br><input type="checkbox"/> extreme körperliche Belastung in SS  |
| Besondere Situation für das Kind     | <input type="checkbox"/> chronische Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung<br><input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung <input type="checkbox"/> Frühgeburt<br><input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Sonstiges:                               |
| Regulationsstörungen des Kindes      | <input type="checkbox"/> Schlaf <input type="checkbox"/> Ernährung<br><input type="checkbox"/> exzessiv Schreien/ Unruhe<br><input type="checkbox"/> Trotz/ Aggression/ Klammern   |

|   |   |
|---|---|
| Inanspruchnahme einer Hebamme   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| Name der Hebamme/<br>Kontaktdaten Hebamme   |   |
| zu erbringende Leistung im Rahmen der Frühen Hilfen fällt nicht in die Leistungen der Hebammengebührenverordnung (BbgHebVergV)            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt/ gab es in der Familie bereits andere Hilfen (Beratung mit Jugendamt, Inanspruchnahme Hilfen zur Erziehung durch das Jugendamt o.Ä.) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
|   |   |

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

<sup>2</sup> Frau hatte anhaltend Zweifel, ob sie das Kind möchte; ggf. weiterhin ambivalente Haltung; auch hier wichtig: spielt Punkt eine Rolle in der Problemschilderung oder der Beratung

Einsatz von Familienhebammen und FGKiKp im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen  
und Familienhebammen in der Landeshauptstadt Potsdam

|             |  |
|-------------|--|
| Anmerkungen |  |
|-------------|--|

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Kenntnisnahme Familie/ Elternteil

Einsatz von Familienhebammen und FGKiKp im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen in der Landeshauptstadt Potsdam

## 2. Einschätzung der Koordinierungsstelle Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen

(von der Koordinierungsstelle Familienhebammen auszufüllen)

|  |   |
|--|---|
| Kontaktaufnahme mit Familie  | <input type="checkbox"/> Telefonat am:<br><input type="checkbox"/> E-Mail: <input type="checkbox"/> Hausbesuch am:<br><input type="checkbox"/> erfolglos  |
| Einsatz einer Familienhebamme/FGKiKp erfolgt gemäß   | <input type="checkbox"/> Bundesinitiative Frühe Hilfen<br><input type="checkbox"/> Andere Hilfen / ggf. HzE (SGB VIII)<br><input type="checkbox"/> kein Einsatz erforderlich<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| *Wenn andere Hilfen (HzE) oder ggf. Risikoeinschätzung nach SGB VIII   | <input type="checkbox"/> Vermittlung an FB 35 am:   |
| Wenn Einsatz gemäß Bundesinitiative Frühe Hilfen, wird folgender Stundenumfang gewährt (Fachleistungsstunde) | <input type="checkbox"/> 10 Stunden<br><input type="checkbox"/> 20 Stunden<br><input type="checkbox"/> 30 Stunden   |
| Anmerkungen  |   |

\_\_\_\_\_  
Datum

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