

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

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

Gesundheit der Hauptbezugsperson	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> psychisch krank ¹ <input type="checkbox"/> suchtgefährdet/suchtkrank <input type="checkbox"/> psychisch belastet <input type="checkbox"/> körperlich krank <input type="checkbox"/> chronisch krank
Konfliktschwangerschaft ²	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Geburtserleben traumatisch <input type="checkbox"/> extreme körperliche Belastung in SS
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:
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
Name der Hebamme/ Kontakt Daten 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

¹ anzukreuzen nur bei gesicherter ärztlicher Diagnose

² 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: <input type="checkbox"/> E-Mail: <input type="checkbox"/> Hausbesuch am: <input type="checkbox"/> erfolglos
Einsatz einer Familienhebamme/FGKiKp erfolgt gemäß	<input type="checkbox"/> Bundesinitiative Frühe Hilfen <input type="checkbox"/> Andere Hilfen / ggf. HzE (SGB VIII) <input type="checkbox"/> kein Einsatz erforderlich <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 <input type="checkbox"/> 20 Stunden <input type="checkbox"/> 30 Stunden
Anmerkungen	

Datum

Unterschrift Koordinierungsstelle