

Name der Familie

Datum

Bedarfserhebung und Clearing

Modul 1

1. Daten der Familie

<p>_____</p> <p>Kind/Kinder (bezogen auf Anfrage)</p> <p>_____</p>	<p>ET <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum <input type="text"/></p>
---	---

<p>_____</p> <p>Weiteres Kind (bezogen auf Anfrage)</p> <p>_____</p>	<p>Geburtsdatum <input type="text"/></p>
---	--

<p>Grund der Anfrage</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Anfragedatum <input type="text"/></p>
---	--

<p>_____</p> <p>Mutter (Name)</p> <p>_____</p> <p>Geburts- datum <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>Adresse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ggf. Name der Einrichtung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefon/mobil</p> <p>_____</p> <p>E-Mail</p> <p>_____</p>
--

<p>_____</p> <p>Vater/Partner/Partnerin (Name)</p> <p>_____</p> <p>Geburts- datum <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>Adresse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ggf. Name der Einrichtung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefon/mobil</p> <p>_____</p> <p>E-Mail</p> <p>_____</p>

<p>_____</p> <p>Wichtige andere Person (Name)</p> <p>_____</p> <p>Geburts- datum <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>Adresse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ggf. Name der Einrichtung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefon/mobil</p> <p>_____</p> <p>E-Mail</p> <p>_____</p>
--

Name der Familie

Datum

Sonstige wichtige Informationen (z. B. Nationalität, sprachliche Hindernisse, Aufenthaltsstatus)

Sorgeberechtigte/Vormundschaft/Pflegschaft

Sorgeberechtigte: Kind/Kinder

Für das Kind Name

Für das Kind Name

Für das Kind Name

Sorgeberechtigte: Bezugspersonen

Für die Mutter Name

Grund

Für den Vater/Partner/Partnerin Name

Grund

Für eine wichtige andere Person Name

Grund

Vormundschaft/Pflegschaft

Für das Kind Name

Grund

Für das Kind Name

Grund

Für die Mutter Name

Grund

Name der Familie _____

Datum _____

Für den Vater/Partner/Partnerin _____

Name _____

Grund _____

Für eine wichtige andere Person _____

Name _____

Grund _____

Die Betreuung kam zustande durch

Initiative der Bezugsperson/soziales Umfeld _____

Initiative aus dem Gesundheitssystem (Profession) _____

Initiative durch die Kinder- und Jugendhilfe _____

Einrichtung _____

Initiative anderer Akteure _____

Geschwister

Name	Geburtsdatum	Leiblich (ja/nein)	Im Haushalt (ja/nein)	Besonderheiten

Name der Familie

Datum

Wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Akteure Gesundheitswesen:	weitere Akteure in den Frühen Hilfen:
Kinderärztin/Kinderarzt (Name)	Fallverantwortliche Person (Name)
E-Mail	E-Mail
Telefon/mobil	Telefon/mobil
Anschrift	Anschrift
Hebamme (Name)	Koordinatorin/Koordinator lokales Netzwerk (Name)
E-Mail	E-Mail
Telefon/mobil	Telefon/mobil
Anschrift	Anschrift
Gynäkologin/Gynäkologe (Name)	Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Institution (Name)
E-Mail	E-Mail
Telefon/mobil	Telefon/mobil
Anschrift	Anschrift
Hausärztin/Hausarzt (Name)	ehrenamtliche Akteurin/ehrenamtlicher Akteur (Name)
E-Mail	E-Mail
Telefon/mobil	Telefon/mobil
Anschrift	Anschrift
Fachärztin/Facharzt (Name)	Dolmetscherin/Dolmetscher (Name)
E-Mail	E-Mail
Telefon/mobil	Telefon/mobil
Anschrift	Anschrift
Häusliche Kinderkrankenpflege (Name)	Person/Institution zur Betreuung des Kindes (Name)
E-Mail	E-Mail
Telefon/mobil	Telefon/mobil
Anschrift	Anschrift
Sonstige (Name, Kontaktinformation)	

Name der Familie _____

Datum _____

2. Bedarfserhebung



I Haushaltsführung und Alltagsbewältigung

Haushaltsführung und Alltagsbewältigung	Datum	Beschreibung
Haushaltsführung		
Strukturierung des Alltags		
Wohnsituation und -verhältnisse		
Sicherung des Lebensunterhalts		
Kooperation und Kontakt mit Behörden (z. B. Krankenkasse, Pflegekasse)		
Umgang mit belastenden Situationen; Krankheitsverarbeitung		
Sonstiges		

II Externe und interne Unterstützungssysteme

a Unterstützung extern (bislang genutzt)	Datum	Beschreibung
Hilfe/Unterstützung bei Fragen der Schwangerschaft/Erziehung/Betreuung		
Andere Angebote der Frühen Hilfen (z. B. Familienpaten, Mutter-Kind-Gruppen)		
Kenntnisse zu Unterstützungs- und Entlastungsangeboten		
Hilfe/Unterstützung bei körperlichen Erkrankungen/Behinderungen		
Hilfe/Unterstützung bei psychischen Erkrankungen/Behinderungen		

Name der Familie _____

Datum _____

Hilfe/Unterstützung bei Suchterkrankungen		
Hilfe/Unterstützung bei geistiger Behinderung/Lernschwäche		
Hilfe/Unterstützung bei finanziellen Problemen		
Sonstiges		

b Unterstützung intern	Datum	Beschreibung
Wichtige, unterstützende Personen aus Sicht der Familie		
Praktische Hilfe aus der Familie		
Emotionale Unterstützung aus der Familie		
Praktische Hilfe aus dem Freundes- und Bekanntenkreis		
Emotionale Hilfe aus dem Freundes- und Bekanntenkreis		
Sonstiges		

III Selbstfürsorge (Bezugsperson)

Selbstfürsorge	Datum	Beschreibung
Gesunde Ernährung (Essen und Trinken)		
Körperpflege und Kleidung		
Schlafhygiene und Ruhe		

Name der Familie

Datum

Sorge für ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Mutter-/Vatersein, Partnerschaft und individuellen Bedürfnissen		
Umgang mit substanzgebundenen Suchtmitteln (z. B. Alkohol, Medikamente) und handlungsbezogenen Suchtformen (z. B. Medien, Glücksspiel)		
Wahrnehmung präventiver Maßnahmen und Leistungen/Sorge für sich bei Krankheit(en)		
Sonstiges		

IV Fürsorge für das Kind und Eltern-Kind-Interaktion

a Fürsorge für das Kind	Datum	Beschreibung
Altersentsprechende gesunde Ernährung (Essen und Trinken)		
Körperpflege und Kleidung		
Hygiene		
Förderung eines gesunden und sicheren Schlafs		
Förderung der Bewegung		
Frische Luft		
Verletzungsprävention (z. B. sichere Umgebung, Gefahr durch Schütteln)		
Schutz vor unangemessenen äußeren Reizen (z. B. Medien, Temperatur, Geräusche, Luft)		
Förderung der Entwicklung/Selbstständigkeit/altersgemäße Beschäftigung		

Name der Familie _____

Datum _____

Sorge für das Kind bei Krankheit(en)		
Wahrnehmung präventiver Leistungen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen)		
Sonstiges		
b Eltern-Kind-Interaktion	Datum	Beschreibung
Umgang mit den körperlichen Bedürfnissen des Kindes (z. B. Hunger, Schlaf, Schmerz)		
Umgang mit den emotionalen Bedürfnissen des Kindes (z. B. Trost, Beruhigung, Nähe, Abgrenzung, Angstbewältigung)		
Blick- und Körperkontakt		
Verbale Kommunikation		
Balance von Exploration und Sicherheit		
Setzen von Grenzen/Aushandeln von Kompromissen		
Sonstiges		

Priorisierung des Handlungsbedarfs

Bereiche		Priorisierung nach Bedarf			Wenn Bedarf 1, 2 oder 3 vertiefende Einschätzung
		1. Bedarf	2. Bedarf	3. Bedarf	
I	Haushaltsführung/Alltagsbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VE Veränderungsmotivation
II a	Unterstützung extern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VE Veränderungsmotivation
II b	Unterstützung intern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VE Veränderungsmotivation
III	Selbstfürsorge (Betreuungs- und Bezugsperson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VE Selbstfürsorge
IV a	Fürsorge für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VE Fürsorge für das Kind
IV b	Eltern-Kind-Interaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VE Eltern-Kind-Interaktion

 Familien- und Umfeldkarte

Name der Familie _____

Datum _____

3. Ergebnis des Clearings durch die Gesundheitsfachkraft

Datum der Entscheidung _____

Entscheidung	Begründung
<input type="checkbox"/> Kein Unterstützungsbedarf	
<input type="checkbox"/> Ziel erreicht, keine weitere Unterstützung	
<input type="checkbox"/> Bedarf vorhanden, ich übernehme die Betreuung	
<input type="checkbox"/> Bedarf geht über das hinaus, was ich alleine leisten kann	
<input type="checkbox"/> Bedarf vorhanden, aber ich bin nicht die richtige Ansprechperson	
<input type="checkbox"/> Die Netzwerkkoordination wurde am _____ über die Entscheidung informiert.	