

Kontaktbogen zur Erst-Beratung mit einer Insofern erfahrenen Fachkraft (IseF)

nach § 8b Abs.1 SGB VIII und § 4 Abs. 2 KKG

Damit wir schnellstmöglich einen Termin mit Ihnen vereinbaren können, bitten wir Sie um einige **pseudonymisierte** Vorinformationen zum Beratungsfall. Pseudonymisiert bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Sie die Daten der Betroffenen so verändern, dass für uns als IseF kein Rückschluss auf die Personen möglich ist, z.B. indem Sie einen anderen oder keinen Namen nutzen. Bitte füllen Sie den Bogen mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Informationen aus, bei fehlenden Informationen machen Sie dies einfach kenntlich oder lassen Sie das Feld frei. In den Bemerkungsfeldern können Sie zusätzliche Informationen vermerken.

Sie können den Bogen auch direkt an folgende E-Mail-Adresse schicken: IseF@schweinfurt.de

Anfragende Person	
Name der anfragenden Person:	
Organisation/Institution:	
Funktion der anfragenden Person in der Organisation (Berufsbezeichnung):	
Weitere beteiligte Fachkräfte und deren Funktion:	
Besteht der Kontakt zum Kind/ zu der* dem Jugendlichen im beruflichen Zusammenhang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
Art der Beziehung zum Kind/ zu der* dem Jugendlichen und/oder der Familie:	
Email-Adresse zur Erreichbarkeit:	
Telefonische Erreichbarkeit:	
Bevorzugte Art und optimaler Zeitraum der Kontaktaufnahme:	
Bemerkung:	

Um wen geht es? Achtung: Bitte geben Sie Ihre Angaben anonymisiert an. Bitte kenntlich machen, wenn es sich um mehrere Kinder /Jugendliche handelt. Die Option besteht, bei Bedarf mehrere Bögen auszufüllen.

Geschlecht des Kindes/der*des Jugendlichen:	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers
(geschätztes) Alter des Kindes/der*des Jugendlichen:	
Kita-/Schulbesuch des Kindes/der*des Jugendlichen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weitere/ Andere Betreuungsform <input type="checkbox"/> Unbekannt
Bemerkungen:	

Familiensituation des Kindes/der* des Jugendlichen

Kennen Sie die Familiensituation des Kindes/der*des Jugendlichen?	<input type="checkbox"/> Ja, dann füllen Sie bitte die weiteren Felder aus <input type="checkbox"/> Nein, dann lassen sie die nachfolgenden Felder frei
Zahl der Geschwister und Altersangaben:	
Wer lebt mit dem Kind/der*dem Jugendlichen in einem Haushalt?	
Sorgerechtssituation:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> Andere Personen <input type="checkbox"/> Unklar
Partnersituation der Eltern:	<input type="checkbox"/> Zusammenlebend <input type="checkbox"/> Getrennt <input type="checkbox"/> Unklar
Wer sind wichtige Bezugspersonen des Kindes/der*des Jugendlichen?	
Nimmt die Familie bereits Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
Wenn ja: Welche Unterstützungsformen nimmt die Familie an?	
Sind andere Institutionen involviert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn ja, welche Institutionen sind involviert?	<input type="checkbox"/> Unklar
Besteht von Seiten der Familie bereits Kontakt zum Jugendamt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar
Bemerkungen:	

Anliegen der Beratung	
Was ist der aktuelle Anlass für die Kontaktaufnahme?	
In welchen Bereichen machen Sie sich Sorgen? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Häusliche Gewalt zwischen den Angehörigen <input type="checkbox"/> Psychische Gewalt gegen das Kind/ den * die Jugendliche <input type="checkbox"/> Sexuelle Gewalt gegen das Kind/den*die Jugendliche <input type="checkbox"/> Körperliche Gewalt gegen das Kind/den* die Jugendliche <input type="checkbox"/> Vernachlässigung <input type="checkbox"/> Psychische und/oder soziale Auffälligkeiten im Verhalten das Kind/den* die Jugendliche <input type="checkbox"/> Sexualisiertes Verhalten <input type="checkbox"/> Psychische und/oder soziale Auffälligkeiten im Verhalten der Eltern <input type="checkbox"/> Überforderung der Eltern in der Erziehung oder fehlende Einsicht/Kooperationsbereitschaft <input type="checkbox"/> Besondere Förderbedürfnisse des Kindes/der*s Jugendlichen <input type="checkbox"/> Probleme beim Lernen <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Schulversäumnisse/Schulverweigerung <input type="checkbox"/> Aktive oder passive Gewalt durch das Kind/den*die Jugendliche <input type="checkbox"/> Risikoverhalten des Kindes/der*s Jugendlichen <input type="checkbox"/> Missachtung der Rechte und Bedürfnisse des Kindes/der*s Jugendlichen <input type="checkbox"/> Soziale Isolation <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Gibt es etwas, was aus Ihrer Sicht wichtig	

ist uns in diesem Zusammenhang noch mitzuteilen?	
Hat bereits eine Beratung zum Fall anderweitig stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: Was war das Ergebnis der Beratung?	
Was sind Anliegen/Fragestellung und Wünsche an die IseF-Beratung?	
Bemerkungen:	

Nach Eingang des Bogens nehmen wir schnellstmöglich Kontakt zu Ihnen auf, spätestens jedoch innerhalb von zwei Werktagen. Sollten Sie feststellen, dass eine **akute** Kindeswohlgefährdung eingetreten ist und der Schutz des Kindes/der*des Jugendlichen nicht gewährleistet ist, wenden Sie sich bitte werktags an das zuständige Jugendamt ansonsten an die Polizei.