

Zuweisung Kinderschutzambulanz

Zuweiser:

Jugendamt

Region/Landkreis:

Fallverantwortlicher:

Vertretung:

Anschrift:

Telefonnummer:

Fax:

E-Mail:

Kind/ Junger Mensch
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Telefonnummer:

Mutter
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Telefonnummer:

Vater
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Telefonnummer:

Vormund
Name:
Vorname:
Anschrift:
Telefonnummer:
E-Mail:

Inhaber des Personensorgerechts:

(Bitte Sorgeberechtigten benennen und Kontaktdaten angeben)

- ☐ Zustimmung der Datenübermittlung liegt vor
☐ Die Einwilligung in die Untersuchung in der Kinderschutzambulanz liegt vor

Vorstellung in der Kinderschutzambulanz:

- ☐ Termin ist reserviert für den _____
☐ Termin soll mit der Familie vereinbart werden

Involvierte Institutionen/laufende Verfahren:

- ☐ Polizei
☐ Familiengericht
☐ Erziehungsfähigkeits- Gutachten/ Glaubhaftigkeitsgutachten
☐ Jugendhilfe/ Eingliederungshilfe

(Bitte Erläuterung und Kontaktdaten der Ansprechpartner ergänzen)

Problembeschreibung:

(Bitte den bisherigen Verlauf so ausführlich wie möglich beschreiben)

Wie lange kennt der Zuweiser die Familie? Wie viele Kinderschutzmeldungen gab es bisher? Welche Hilfen wurden eingesetzt mit welchem Erfolg? Schutzkonzept; Gedächtnisprotokoll von Aussagen; Körperliche Untersuchungen der Kinder; Klinikberichte; Entwicklungsberichte der Kita/Schule; Was wurde mit den Eltern bisher besprochen?

Auftrag an die Kinderschutzambulanz:

Abklärung von:

- ☐ Körperliche Misshandlung durch _____
- ☐ Sexualisierte Gewalt durch _____
- ☐ Körperliche Vernachlässigung (mangelnde Versorgung) durch _____
- ☐ Körperliche Vernachlässigung (mangelnde Beaufsichtigung) durch _____
- ☐ Emotionale Misshandlung durch _____
- ☐ Emotionale Vernachlässigung durch _____
- ☐ Moralisch-rechtlich-erzieherische Misshandlung durch _____
- ☐ Bindungsbezogene Misshandlung durch _____
- ☐ Medical child abuse _____

(Bitte Auftrag formulieren und ggf. ergänzen; durch welche Handlungen erfolgt die Misshandlung)

