|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meldung am:** |  | **Uhrzeit:** |  | Auszufüllen von der Fachkraft im Jugendamt |

1. **Angaben zur/m Minderjährigen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Minderjährige/r**Name, Vorname | **Mdj. (A2/3)**Geburtsdatum  | **Mdj. (A1)**Geschlecht | **Vater (B)**Name, Vorname, Geburtsdatum[[1]](#footnote-1)  | **Mutter (B)**Name,Vorname, Geburtsdatum1  |
|   |   | [ ]  männlich [ ]  weiblich [ ]  divers | [ ]  Ohne Angabe (lt. Geburten-register). |  |  |

**Anschrift der Familie** (Straße, Postleitzahl, Ort, Gemeinde, Telefonnummer)

|  |
| --- |
|   |

1. **Angaben zur meldenden Person/Institution**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Adresse: |  |
| Träger/Einrichtung: |  |
| Funktion: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

1. **Inhalt der Meldung**

|  |
| --- |
|  |

1. **Die Meldung beruht auf:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|[ ]  eigenen Beobachtungen |[ ]  persönlich Anvertrautem durch Kind/ Jugendliche\*n | [ ]  | Aussagen der Eltern |
|[ ]  Aussagen von Dritten |[ ]  Vermutungen |[ ]    |

1. **Zusammenfassung Inhalt der Meldung aus Sicht der meldenden Fachkraft**

(bitte nutzen Sie dazu den Orientierungskatalog Kindeswohl)**:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Häusliches Umfeld**:  |
|[ ]  Pränatal[[2]](#footnote-2) | [ ] [ ]  | Eltern betreffend - SuchtEltern betreffend - psychisch krank |[ ]  Ernährung |
|[ ]  Wohnsituation |[ ]  Kleidung |[ ]  Körperliches Wohlergehen |
|[ ]  Aufsicht und Schutz vor Gefahren |[ ]  Gesundheit und medizinische Versorgung |[ ]  Finanzielle Absicherung |
|[ ]  Emotionale Zuwendung durch Eltern |[ ]  Bildung/ Förderung/ Entwicklung |[ ]  Gewalt gegen Kind/ Jugendliche\*n |
|[ ]  Sonstiges[[3]](#footnote-3): |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **von Minderjähriger/m ausgehend**:  |
|[ ]  Konfliktbewältigung |[ ]  hochriskantes Verhalten |[ ]  Gewaltbereitschaft |
|[ ]  (Cyber-)Mobbing/Bullying |[ ]  dissoziales Verhalten |[ ]  straffälliges Verhalten |
|[ ]  selbstverletzendes Verhalten |[ ]  suizidales Verhalten |  |  |
|  | bei 7-13jährigen |[ ]  Konsumverhalten/ Zugang zu Suchtmitteln  |[ ]  Sexuelle Übergriffe unter Kindern |
|  | bei 14- U18jährigen |[ ]  Konsumverhalten – legale Suchtmittel |[ ]  Konsumverhalten – illegale Suchtmittel |
|[ ]  sexualisierte Gewalt |[ ]  Sonstiges[[4]](#footnote-4):  |

1. **Was haben Sie als Fachkraft unternommen, um die Gefährdung abzuwenden?**

**Betrifft alle Fachkräfte, die nach SGB VIII tätig sind und die Berufsgeheimnisträger gem. § 4 KKG**[[5]](#footnote-5)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gefahr kann ohne Tätigwerden des Jugendamtes nicht abgewendet werden  |[ ]  ja |[ ]  nein |
| **gesetzl. Anforderungen** | Kollegiale Fallberatung/ Gespräch mit Leitung |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Inanspruchnahme einer internen Insoweit erfahrenen Fachkraft  |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Inanspruchnahme einer externen Insoweit erfahrenen Fachkraft |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Gespräch(e) mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten |[ ]  ja |[ ]  Nein, konnte nicht stattfinden, weil: [ ]  wirksamer Schutz wäre gefährdet[ ]  … |
|  | Gespräch(e) mit Kindern / Jugendlichen |[ ]  ja |[ ]  nein |
|  | Schutzplan/ Vereinbarung zur Abwendung der Gefährdung (ggf. Anhang) |[ ]  ja |[ ]  nein |
| Gespräch mit Dritten (unter Beachtung des Datenschutzes) |[ ]  ja |[ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | ich bin am Schulungsangebot des Sozialen Frühwarnsystems zum Thema Kinderschutz interessiert |
| [ ]  | Bitte leiten Sie meine Kontaktdaten an das Netzwerkbüro weiter |
| [ ]  | Ich nehme selbst Kontakt mit dem Netzwerkbüro auf (kontakt@sfws-goerlitz.de oder 03581 8788-350) |

1. **Der/ die Minderjährige besucht folgende Einrichtungen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Kindergarten/ Krippe: |  |
|  |
| [ ]  | heilpädagogische Tagesstätte: |  |
|  |
| [ ]  | Kindertagespflege: |  |
|  |
| [ ]  | Schule: |  |
|  |
| [ ]  | Hort: |  |
|  |
| [ ]  | Andere: |  |
|  |

1. **Gibt es weitere Personen, die die Gefährdungssituation bemerkt bzw. beobachtet haben?**

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Was veranlasst Sie, gerade jetzt den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) einzuschalten?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. **Erwartungen der Meldeperson an den ASD/Rückmeldung:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Die Meldeperson hat die Familie über die Meldung an ASD informiert** |[ ]  ja |[ ]  nein |
| **Hat die Meldeperson weitere Dienste/ Institutionen informiert?** |[ ]  ja |[ ]  nein |
| ⮱ Wenn ja, welche: |  |
|  |  |
|  |  |

**Kooperation mit der Meldeperson:**

Die Meldeperson wird gegenüber der Familie im Rahmen der Gefährdungsprüfung benannt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist über mich als Meldeperson ein Zugang zur Familie möglich? |[ ]  ja |[ ]  nein |
| Ich kann zum Schutz des Kindes wie folgt beitragen: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Die Zusammenarbeit mit dem ASD könnte sich wie folgt gestalten: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|[ ]  Ich möchte an der Gefährdungseinschätzung beteiligt werden |
|[ ]  Ich möchte eine Rückmeldung erhalten, ob sich die Gefährdungsaspekte bestätigt haben[[6]](#footnote-6) |
|[ ]  Ich möchte über das weitere Vorgehen informiert werden und bin daher bereit, an möglichen Gesprächen mit der Familie teilzunehmen.4 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift der meldenden Person(ggf. Stempel der Einrichtung/des Trägers) |

1. Wird das genaue Alter im Zuge des Verfahrens nicht bekannt, ist eine sorgfältige Schätzung ausreichend [↑](#footnote-ref-1)
2. Kind muss zum Ende der Prüfung geboren sein [↑](#footnote-ref-2)
3. bitte nur Angaben, die sich nicht zuordnen lassen [↑](#footnote-ref-3)
4. bitte nur Angaben, die sich nicht zuordnen lassen [↑](#footnote-ref-4)
5. Bei wiederholter Meldung bitte Inanspruchnahme IeFK ggf. erneut ankreuzen (wenn diese beim ersten Mal erfolgt war) [↑](#footnote-ref-5)
6. Hinweis: sollten die Eltern dem nicht zustimmen, kann keine Information bzw. nur im Rahmen der Möglichkeiten des Datenschutzes (§ 4 Abs. 4 KKG) erfolgen. [↑](#footnote-ref-6)