

# Falleingangsprotokoll

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ Aufnehmende Fachkraft: \_\_\_\_\_

Gab es schon einmal Kontakt zum Kreisjugendamt Paderborn? Nein

Wenn ja, mit wem? \_\_\_\_\_

## Meldeperson:

anonym

Frühwarnsystem  (Rückmeldebogen ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonische Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

## Personalien:

KM: \_\_\_\_\_  
Name / Geb.-Datum / Adresse / Tel.

KV: \_\_\_\_\_  
Name / Geb.-Datum / Adresse / Tel.

Kinder: \_\_\_\_\_  
Name / Geb.-Datum / Adresse / Tel.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Zuständigkeitsprüfung**

### **Standard:**

Gefahrenabwehr (siehe Rückseite).....  ⇒ Blatt wenden

Allgemeine Beratung & Unterstützung/ HzE.....

Trennungs-/Scheidungsberatung.....

Mitwirkung in familiengerichtlichen Verfahren.....

## **Problembeschreibung der Meldeperson:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vereinbarung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besprechung im Team am:

Weitere Bearbeitung durch:

# BEWERTUNGSBOGEN bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

## Hinweise auf Kindeswohlgefährdung

Vernachlässigung.....   
(Unterlassung fürsorglichen Handelns im Bereich Pflege, Versorgung, Nahrung, Hygiene, Aufsichtspflicht, Gesundheit, Schulverweigerung)

Körperliche Misshandlung.....   
(Anwendung körperlicher Gewalt oder Zwang)

Psychische Misshandlung.....   
(Feindselige, abweisende, und ignorieierende Verhaltensweisen, gezieltes Isolieren des Kindes von sozialen Kontakten oder einem Elternteil, Verweigern emotionaler Zuwendung, Miterleben häuslicher Gewalt)

Sexuelle Gewalt (**Achtung: Vor Tätigwerden Rücksprache mit Teamleitung**)....   
(Handlungen, die gegen das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung verstoßen)

Die Bewertung der Hinweise erfolgte durch:

Name ..... Name.....

Ort, Datum, .....

1. Unterschrift .....

2. Unterschrift .....

Gefährdungseinschätzung erfolgt durch:

1. Unterschrift .....  
(Fallzuständige KSD-Fachkraft) \_

2. Unterschrift.....  
(Zweite KSD – Fachkraft)

## Erstbewertung der Fachkräfte (KSD) zum weiteren Vorgehen

Tätigwerden des ASD

innerhalb von 24 Stunden

sonstige Vorgehensweise nur nach Beratung durch Teamleitung (Unterschrift Teamleitung):  
Begründung:

.....  
.....  
.....  
.....  
..... Teamleitung:.....  
(Unterschrift)

Erstkontakt geplant am:.....

Ort:.....