

Dokumentationsbogen für Familienhebammen

Stammblatt Schwangere/ Mutter:

Name:		
Adresse:		
Telefon Festnetz:	Geburtsdatum:	
Telefon Mobil:	in (Land):	Aufenthaltstatus:
e-Mail:		
Krankenkasse:	Versicherten-Nr.:	
Kontaktdaten GynäkologIn:		
Kontaktdaten PädiaterIn:		
Kontaktdaten Sonstige:		
Kontaktaufnahme durch: <input type="checkbox"/> Frau selbst <input type="checkbox"/> Familienangehörige <input type="checkbox"/> andere Klientin <input type="checkbox"/> andere (Familien-) Hebamme <input type="checkbox"/> (Schwangerschafts-) Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Krankenhaus (z.B. Sozialer Dienst) <input type="checkbox"/> Niedergelassene/r Ärztin/ Arzt <input type="checkbox"/> Behörde (Jugendamt, Sozialamt, Gericht) <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter/-in (bereits in Familie tätig) <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Höchster Schulabschluss: <input type="checkbox"/> Schülerin <input type="checkbox"/> Schule ohne Abschluss verlassen <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschulabschluss/ DDR: 8. Klasse <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/ Mittlere Reife/ DDR: 10. Kl. <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/ Abschluss d. Fachoberschule <input type="checkbox"/> Abitur/ Hochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiger Schulabschluss	Beschäftigungssituation: <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Ein-Euro-Job <input type="checkbox"/> Umschulung <input type="checkbox"/> unregelmäßig erwerbstätig <input type="checkbox"/> regelmäßig erwerbstätig <input type="checkbox"/> sonstige:	Einkommenssituation: <input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> ALG I / ALG II (Harz IV) <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> BAFÖG <input type="checkbox"/> kein Einkommen <input type="checkbox"/> sonstige:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Partnerschaft: <input type="checkbox"/> mit Partner <input type="checkbox"/> ohne Partner <input type="checkbox"/> getrennt	Wohnsituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner <input type="checkbox"/> mit Eltern(-teil) <input type="checkbox"/> obdachlos <input type="checkbox"/> betreut wohnend <input type="checkbox"/> sonstige:
Kinder Anzahl gesamt: _____	Lebensstil: <input type="checkbox"/> raucht mehr als 8 Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> raucht regelmäßig in Gegenwart des Kindes im geschlossenen Raum <input type="checkbox"/> Dritte Person (z.B. Partner) raucht regelmäßig in Gegenwart des Kindes <input type="checkbox"/> trinkt pro Woche mehr als drei kleine Gläser Alkohol <input type="checkbox"/> Dritte Person (z.B. Partner) trinkt pro Woche >3 kleine Gläser Alkohol <input type="checkbox"/> nimmt/ spritzt/ raucht illegale Drogen <input type="checkbox"/> nimmt Methadon (verschrieben) <input type="checkbox"/> Dritte Person (z.B. Partner) nimmt illegale Drogen	
Lebenssituation: <input type="checkbox"/> im Haushalt der Kindsmutter beim Vater <input type="checkbox"/> bei den Großeltern <input type="checkbox"/> in Pflegschaft <input type="checkbox"/> zur Adoption freigegeben <input type="checkbox"/> in der Klinik <input type="checkbox"/> in Einrichtung: <input type="checkbox"/> Sonstige	Persönliche Ressourcen: <input type="checkbox"/> Emotionale Wärme <input type="checkbox"/> Zielstrebigkeit <input type="checkbox"/> Organisationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Kommunikationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Sonstige:	Wirtschaftliche Ressourcen: Kindergeld beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Elterngeld beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Geld der Bundesstiftung Mutter/Kind beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wohngeld beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Sonstige:
Soziale Unterstützung (Ressourcen): <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kindsvater <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> andere Familienmitglieder <input type="checkbox"/> FreundInnen <input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> sonstige:		

Wie schätzen Sie die Fähigkeiten / Kompetenzen der Frau ein in Bezug auf...		niedrig	mittel	hoch
◆	ihr Bewusstsein bzgl. ihres eigenen Gesundheitszustands	q	q	q
◆	Selbsthilfe (Bewältigungsstrategien, Fähigkeit selbst etwas zu bewirken)	q	q	q
◆	ihren Beitrag zum Familienleben (Organisation, Engagement)	q	q	q
◆	Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung (privates soziales Netz)	q	q	q
◆	Inanspruchnahme von öffentlichen Hilfsleistungen (Behörden)	q	q	q

Lebensumstände / Risikofaktoren der Kindes-Vernachlässigung und des -Missbrauchs

<i>Sehr hohes Risiko</i>		<i>Hohes Risiko</i>		<i>Mäßiges Risiko</i>	
q	Mutter/Vater mit eingeschränkter Fähigkeit in der Alltagsbewältigung: z.B. keine regelmäßigen Mahlzeiten für das Kind/ die Kinder, Vernachlässigung von Aufgaben im Haushalt, der Hygiene...	q	minderjährige Mutter: • 18 Jahre zum Zeitpunkt der Geburt, Schülerin, Auszubildende	q	geringer sozio-ökonomischer Status oder finanzielle Notlage (z.B. arbeitslos, von Sozialhilfe/ Harz IV abhängig, überschuldet)
q	Mutter/Vater zeigt Anzeichen für Überforderung/ Hilflosigkeit	q	unerwünschte Schwangerschaft	q	geringer Bildungsstand (Sonderschule, kein qualifizierender Schulabschluss, keine Ausbildung)
q	Mutter/Vater beschreibt Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden	q	Mutter mit Heimerziehung oder mit mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen	q	allein erziehende/r Mutter/Vater
q	Mutter/Vater zeigt Anzeichen für mangelnde Annahme des Kindes und für Vernachlässigung seiner Versorgung	q	Gewalt/ Vernachlässigung/ Misshandlung in der Herkunftsfamilie (körperliche/ psychische/ sexuelle Übergriffe oder Gewalterfahrungen in Kindheit)	q	Migrantin und/oder Analphabetin: mangelnde Deutschkenntnisse (sprachliche Isolation)
q	mindestens ein Kind der Mutter in Obhut genommen, in Pflege oder adoptiert	q	in Einrichtung lebende Schwangere/ Mutter (z.B. Frauenhaus)	q	mangelnde soziale Unterstützung (soziale Isolation)
q	schwieriges Kind oder Schreibaby	q	Schwangere/ Mutter • 20 Jahre mit zusätzlichem Kleinkind unter 2 Jahren	q	Kind mit besonderen oder erhöhten Fürsorgeanforderungen: Frühgeborenes, Mehrlinge, Behinderung, chronische Erkrankung,...
q	Mutter/Vater mit Suchtproblemen: Alkohol-, Drogenkonsum (illegal, Methadon)	q	traumatische Erfahrung (z.B. bei Geburt)	q	Nikotinkonsum >20 Zigaretten am Tag
q	erhebliche Konflikte in Partnerschaft/ Familie und mangelnde Fähigkeit zur Problemlösung	q	verwitwete Mutter oder in Trauer befindlich (z.B. nach Totgeburt, Verlust einer nahestehenden Person)	q	körperliche Behinderung der Mutter
q	Gewalterfahrung durch Partner / Familienangehörige / Freunde	q	Schwangere/ Eltern mit 4 oder mehr Kindern unter 10 Jahren	q	
q	mangelndes Wissen über soziale, gesundheitsbezogene Inhalte: Gesundheitssystem, Beratungsstellen, Ausländerbeauftragte, Ämter... oder keine Antragstellung auf öffentliche Hilfen, ...	q		q	
q	Mutter/Vater mit psychischer Erkrankung bzw. psychiatrischer Vorbehandlung: Depression, Psychose, Schizophrenie,... (z.B. nach stationärer Entlassung)	q		q	
Sehr hohes Risiko , insbesondere wenn:				Potenzielles Risiko bei	
q	nicht am Kind interessiert			q	Kombination mit anderen Risikofaktoren
q	passiv, antriebsarm, psychisch auffällig				
q	zeigt unangemessene Reaktion auf deutliche Signale des Kindes (z.B. keine Reaktion, Schreien, aggressiv, sehr gestresst,...)				

Daten zur Schwangerschaft:

Kontaktdatum:				
Para:	Gravida:	SSW:		E.T:
Eigenanamnese:				
Familienanamnese (zusätzlich zu oben):				
Besonderheiten während der Schwangerschaft:				
Medikamente:				
Allergien:				
Grad des Gefährdungspotenzials: <input type="radio"/> Ungeborenes Kind nicht gefährdet <input type="radio"/> Ungeborenes Kind wenig gefährdet <input type="radio"/> Kind zu gewissem Grad gefährdet, da _____ <input type="radio"/> Kind gefährdet , da... _____ <input type="radio"/> Kind stark/ akut gefährdet , da... _____		Grad der Gewissheit: <input type="radio"/> sehr unsicher, es besteht Klärungsbedarf <input type="radio"/> unsicher/ unklar - eine zweite Einschätzung wird benötigt <input type="radio"/> etwas unsicher/ ziemlich sicher <input type="radio"/> ganz sicher Wen hinzugezogen/ informiert? _____ Wann? Wie? _____		
Betreuungsziele bis zur Geburt: 1) gesundheitlich: 2) psychosozial:				

Betreuungsplan/ Interventionen:

Vermittlung von Wissen:

Vermittlung von Fähigkeiten/ Anleitung:

Mobilisierung von Ressourcen:

Kontaktaufnahme mit anderen Akteuren/ Kooperationen:

Vereinbarung von Terminen:

Sonstiges:

Daten zum Kind:			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.		Reife (Wo):	Geburtsmodus:
Geburtsgewicht:		Besonderheiten (Gesundheitszustand):	
APGAR:			U1: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein U2: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufenthalt in Klinik: _____ Tage nach Geburt wegen ...			
Aufnahme des Stillens innerhalb der ersten Woche: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			

Daten zur postpartalen Betreuung:			
Kontakt-Datum:	Alter des Kindes:	Welche Nahrung?	Gewicht des Kindes:
Para:	Brustnahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise		vgl. Körpergewichtskurve (Sgl.):
Gravida:	Flaschen-N.: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> zu leicht (<3%-Perzentile)
	Brei-Nahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> zu schwer (>97%-Perzentile)
	feste Nahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> altersentsprechend
Eigenanamnese:			
Familienanamnese (zusätzlich zu oben):			
Besonderheiten während des Wochenbetts:			
Medikamente:			
Allergien:			
Schwangerenvorsorge:		Gesundheitszustand der Frau: gut <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> schlecht	
<input type="radio"/> nach MuRL wahrgenommen		Gynäkologische Abschluss-	
<input type="radio"/> nicht (nach MuRL) wahrgenommen		untersuchung (6Wo pp): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bisherige Kinder-Vorsorge:		Bisherige Impfungen:	
U3: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="radio"/> alle nach Plan	
U4: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="radio"/> fehlende (Kombi-) Impfung: _____	
U5: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
U6: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Aktuelle Versorgung des Kindes:	Aktuelle Mutter-Kind-Beziehung:		
<input type="radio"/> altersgemäße Ernährung	<input type="radio"/> sieht ihr Kind direkt an	<input type="radio"/> kaum/ nur kurz	
<input type="radio"/> regelmäßige Ernährung	<input type="radio"/> spricht oft mit ihrem Kind	<input type="radio"/> wenig/ nur über ihr Kind	
<input type="radio"/> ausreichende Hygiene	<input type="radio"/> benutzt altersgemäße (Baby-)Sprache	<input type="radio"/> wenig/ keine altersgemäße	
<input type="radio"/> geht rechtzeitig zum Arzt	<input type="radio"/> äußert sich positiv über ihr Kind	<input type="radio"/> abwertend/ negativ/ kritisch	
bei Erkrankungen	<input type="radio"/> reagiert unmittelbar auf ihr Kind	<input type="radio"/> nicht/ zu spät/ nicht passend	
<input type="radio"/> geht nicht/ zu spät	<input type="radio"/> berührt ihr Kind zärtlich/ einfühlsam	<input type="radio"/> grob/ ohne Ankündigung	
Sonstiges:	<input type="radio"/> bringt sich beim Spiel mit dem Kind auf angemessene Distanz	<input type="radio"/> zu nah/ hält ihr Kind weg von sich/ ist Kind unangenehm	

Grad des Gefährdungspotenzials:

- Ungeborenes Kind nicht gefährdet
- Ungeborenes Kind wenig gefährdet
- Kind zu gewissem Grad gefährdet, da...**

Kind gefährdet, da...

Kind stark/ akut gefährdet, da...

Grad der Gewissheit:

- sehr unsicher, es besteht Klärungsbedarf**
- unsicher/ unklar - eine zweite Einschätzung wird benötigt**
- etwas unsicher/ ziemlich sicher
- ganz sicher

Wen hinzugezogen/ informiert? _____

Wann? Wie? _____

Wie schätzen Sie die Fähigkeiten / Kompetenzen der Frau jetzt ein in Bezug auf...

niedrig

mittel

hoch

◆ ihr Bewusstsein bzgl. ihres eigenen Gesundheitszustands

q

q

q

◆ Selbsthilfe (Bewältigungsstrategien, Fähigkeit selbst etwas zu bewirken)

q

q

q

◆ ihren Beitrag zum Familienleben (Organisation, Engagement)

q

q

q

◆ Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung (privates soziales Netz)

q

q

q

◆ Inanspruchnahme von öffentlichen Hilfsleistungen (Behörden)

q

q

q

Betreuungsziele bis zum 6. Lebensmonat des Kindes:

1) Mutter gesundheitlich:

2) Mutter psychosozial:

3) Kind gesundheitlich:

4) psychomotorische Entwicklung des Kindes:

5) emotionale Entwicklung des Kindes:

Betreuungsplan/ Interventionen:

Vermittlung von Wissen:

Vermittlung von Fähigkeiten/ Anleitung:

Mobilisierung von Ressourcen:

Kontaktaufnahme mit anderen Akteuren/ Kooperationen:

Vereinbarung von Terminen:

Sonstiges:

Epikrise zum 6. Lebensmonat des Kindes:

Datum:	Alter des Kindes:	Gewicht des Kindes:
Stillen: Voll bis ____ Wo/ Mo Teilweise bis ____ Wo/ Mo Entwöhnung: Breie im ____ Monat feste Nahrung im ____ Mo Endgültiges Abstillen im ____ Mo	Aktueller Ernährungsstatus: Brustnahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise Flaschen-N.: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise welche _____ Brei-Nahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise welche _____ feste Nahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise welche _____	vgl. Körpergewichtskurve (Sgl.): <input type="checkbox"/> zu leicht (<3%-Perzentile) <input type="checkbox"/> zu schwer (>97%-Perzentile) <input type="checkbox"/> altersentsprechend

Besonderheiten (Kind): Gesundheit: Verhalten:	Gesundheitszustand der Frau: gut <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> schlecht
	Gynäkologische Abschlussuntersuchung (6Wo pp): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bisherige Kinder-Vorsorge: U3: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein U4: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein U5: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein U6: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bisherige Impfungen: <input type="checkbox"/> alle nach Plan <input type="checkbox"/> fehlende (Kombi-) Impfung: _____
---	---

Aktuelle Versorgung des Kindes: <input type="checkbox"/> altersgemäße Ernährung <input type="checkbox"/> nein/nicht adäquat <input type="checkbox"/> regelmäßige Ernährung <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> ausreichende Hygiene <input type="checkbox"/> unzureichend <input type="checkbox"/> geht rechtzeitig zum Arzt bei Erkrankungen <input type="checkbox"/> geht nicht/ zu spät <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Aktuelle Mutter-Kind-Beziehung: <input type="checkbox"/> sieht ihr Kind direkt an <input type="checkbox"/> kaum/ nur kurz <input type="checkbox"/> spricht oft mit ihrem Kind <input type="checkbox"/> wenig/ nur über ihr Kind <input type="checkbox"/> benutzt altersgemäße Baby-Sprache <input type="checkbox"/> wenig/ keine altersgemäße <input type="checkbox"/> äußert sich positiv über ihr Kind <input type="checkbox"/> abwertend/ negativ/ kritisch <input type="checkbox"/> reagiert unmittelbar auf ihr Kind <input type="checkbox"/> nicht/ zu spät/ nicht passend <input type="checkbox"/> berührt ihr Kind zärtlich/ einfühlsam <input type="checkbox"/> grob/ ohne Ankündigung <input type="checkbox"/> bringt sich beim Spiel mit dem Kind auf angemessene Distanz <input type="checkbox"/> zu nah/ hält ihr Kind weg von sich/ ist Kind unangenehm
---	---

Grad des Gefährdungspotenzials: <input type="checkbox"/> Ungeborenes Kind nicht gefährdet <input type="checkbox"/> Ungeborenes Kind wenig gefährdet <input type="checkbox"/> Kind zu gewissem Grad gefährdet, da... _____ <input type="checkbox"/> Kind gefährdet , da... _____ <input type="checkbox"/> Kind stark/ akut gefährdet , da... _____	Grad der Gewissheit: <input type="checkbox"/> sehr unsicher, es besteht Klärungsbedarf <input type="checkbox"/> unsicher/ unklar - eine zweite Einschätzung wird benötigt <input type="checkbox"/> etwas unsicher/ ziemlich sicher <input type="checkbox"/> ganz sicher Wen hinzugezogen/ informiert? _____ Wann? Wie? _____
---	---

Wie schätzen Sie die <u>Fähigkeiten / Kompetenzen</u> der Frau jetzt ein in Bezug auf...	niedrig	mittel	hoch
◆ ihr Bewusstsein bzgl. ihres eigenen Gesundheitszustands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Selbsthilfe (Bewältigungsstrategien, Fähigkeit selbst etwas zu bewirken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ ihren Beitrag zum Familienleben (Organisation, Engagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung (privates soziales Netz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Inanspruchnahme von öffentlichen Hilfsleistungen (Behörden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Welche Betreuungsziele erreicht?</p> <p>1) Mutter gesundheitlich:</p> <p>2) Mutter psychosozial:</p> <p>3) Kind gesundheitlich:</p> <p>4) psychomotorische Entwicklung des Kindes:</p> <p>5) emotionale Entwicklung des Kindes:</p>	<p>Welche Betreuungsziele <u>nicht</u> erreicht?</p> <p>1) Mutter gesundheitlich:</p> <p>2) Mutter psychosozial:</p> <p>3) Kind gesundheitlich:</p> <p>4) psychomotorische Entwicklung des Kindes:</p> <p>5) emotionale Entwicklung des Kindes:</p>
---	--

<p>Betreuungsziele bis zum 6. Lebensmonat des Kindes:</p> <p>1) Mutter gesundheitlich:</p> <p>2) Mutter psychosozial:</p> <p>3) Kind gesundheitlich:</p> <p>4) psychomotorische Entwicklung des Kindes:</p> <p>5) emotionale Entwicklung des Kindes:</p>	
---	--

<p>Betreuungsplan/ Interventionen:</p> <p>Vermittlung von Wissen:</p>	
<p>Vermittlung von Fähigkeiten/ Anleitung:</p>	
<p>Mobilisierung von Ressourcen:</p>	
<p>Kontaktaufnahme mit anderen Akteuren/ Kooperationen:</p>	
<p>Vereinbarung von Terminen:</p>	
<p>Sonstiges:</p>	

Epikrise zum Abschluss der Betreuung:

Grund der Beendigung der Betreuung:

- Klientin lehnt eine weitere Betreuung ab
 Klientin hält keine weitere Betreuung für nötig
 Familien-Hebamme sieht keine weitere Indikation
 das Kind ist 1 Jahr alt (Ende der Finanzierung)
 das Kind wurde in Obhut genommen (Pflegefamilie, Einrichtung)
 das Kind wurde zur Adoption frei gegeben
- die Familie ist weggezogen
 die Familie ist weder persönlich noch telefonisch erreichbar

Wen hinzugezogen/ informiert?

Wann? Wie?

Datum:	Alter des Kindes:	Gewicht des Kindes:
Stillen: Voll/ bis ____ Wo/ Mo Teilweise bis ____ Wo/ Mo Entwöhnung: Breie im ____ Monat feste Nahrung im ____ Mo Endgültiges Abstillen im ____ Mo	Aktueller Ernährungsstatus: Brustnahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise Flaschen-N.: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise welche _____ Brei-Nahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise welche _____ feste Nahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise welche _____	vgl. Körpergewichtskurve (Sgl.): <input type="checkbox"/> zu leicht (<3%-Perzentile) <input type="checkbox"/> zu schwer (>97%-Perzentile) <input type="checkbox"/> altersentsprechend
Besonderheiten (Kind): Gesundheit: Verhalten:	Gesundheitszustand der Frau: gut <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> schlecht Gynäkologische Abschlussuntersuchung (6Wo pp): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bisherige Kinder-Vorsorge: U3: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein U4: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein U5: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein U6: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bisherige Impfungen: <input type="checkbox"/> alle nach Plan <input type="checkbox"/> fehlende (Kombi-) Impfung: _____	
Aktuelle Versorgung des Kindes: <input type="checkbox"/> altersgemäße Ernährung <input type="checkbox"/> nein/nicht adäquat <input type="checkbox"/> regelmäßige Ernährung <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> ausreichende Hygiene <input type="checkbox"/> unzureichend <input type="checkbox"/> geht rechtzeitig zum Arzt bei Erkrankungen <input type="checkbox"/> geht nicht/ zu spät <input type="checkbox"/> Sonstiges:	Aktuelle Mutter-Kind-Beziehung: <input type="checkbox"/> sieht ihr Kind direkt an <input type="checkbox"/> kaum/ nur kurz <input type="checkbox"/> spricht oft mit ihrem Kind <input type="checkbox"/> wenig/ nur über ihr Kind <input type="checkbox"/> benutzt altersgemäße Baby-Sprache <input type="checkbox"/> wenig/ keine altersgemäße <input type="checkbox"/> äußert sich positiv über ihr Kind <input type="checkbox"/> abwertend/ negativ/ kritisch <input type="checkbox"/> reagiert unmittelbar auf ihr Kind <input type="checkbox"/> nicht/ zu spät/ nicht passend <input type="checkbox"/> berührt ihr Kind zärtlich/ einfühlsam <input type="checkbox"/> grob/ ohne Ankündigung <input type="checkbox"/> bringt sich beim Spiel mit dem Kind auf angemessene Distanz <input type="checkbox"/> zu nah/ hält ihr Kind weg von sich/ ist Kind unangenehm	
Grad des Gefährdungspotenzials: <input type="checkbox"/> Ungeborenes Kind nicht gefährdet <input type="checkbox"/> Ungeborenes Kind wenig gefährdet <input type="checkbox"/> Kind zu gewissem Grad gefährdet, da... _____ <input type="checkbox"/> Kind gefährdet, da... _____ <input type="checkbox"/> Kind stark/ akut gefährdet, da... _____	Grad der Gewissheit: <input type="checkbox"/> sehr unsicher, es besteht Klärungsbedarf <input type="checkbox"/> unsicher/ unklar - eine zweite Einschätzung wird benötigt <input type="checkbox"/> etwas unsicher/ ziemlich sicher <input type="checkbox"/> ganz sicher	Wen hinzugezogen/ informiert? _____ Wann? Wie? _____

