

Dokumentationsbogen für Familienhebammen

Stammblatt Schwangere/ Mutter:

Name:		
Adresse:		
Telefon Festnetz:	Geburtsdatum:	Aufenthaltstatus:
Telefon Mobil:	in (Land):	
e-Mail:	Entfernung (km):	
Krankenkasse:	Versicherten-Nr:	
Kontakt Daten GynäkologIn:		
Kontakt Daten PädiaterIn:		
Kontakt Daten Sonstige:		
Person/Kontakt im Notfall:		
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 <input type="checkbox"/> 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		
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: <input type="checkbox"/> keine	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:

Wie schätzen Sie die <u>Fähigkeiten / Kompetenzen</u> der Hauptbezugsperson ein in Bezug auf...	niedrig	mittel	hoch
◆ sich selbst realistisch einzuschätzen (Aufgaben/Rolle als Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ selbst Probleme zu lösen, selbst etwas zu bewirken (Bewältigungsstrategien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ einen Beitrag zum Familienleben zu leisten (Initiative, Organisation, Engagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ soziale Unterstützung von Freunden/Bekanntem zu nutzen (privates soziales Netz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ öffentlichen Hilfsleistungen zu beantragen und in Anspruch zu nehmen (Behörden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensumstände / Risikofaktoren der Kindes-Vernachlässigung und des -Missbrauchs

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

Sehr hohes Risiko bzgl. Kindesvernachlässigung/-misshandlung, wenn:	
<input type="checkbox"/>	Hauptbezugsperson nicht am Kind interessiert
<input type="checkbox"/>	Hauptbezugsperson passiv, antriebsarm, psychisch auffällig
<input type="checkbox"/>	Hauptbezugsperson 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 <u>Gefährdungspotenzials</u>: <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 <u>Gewissheit</u>: <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 (welche?): 1) gesundheitlich: 2) psychosozial:			

	Betreuungsplan/ Interventionen: Vermittlung von Wissen/ Beratung:
	Vermittlung von Fähigkeiten/ Anleitung etwas selbst zu tun:
	Mobilisierung von Ressourcen:
	Kontaktaufnahme mit anderen Akteuren/ Kooperationen:
	Vereinbarung von Terminen:
	Sonstiges:

Daten zum Kind:			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	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. Länger als üblich 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/WHO)
	Brei-Nahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> zu schwer (>97%-Perz./WHO)
	feste Nahrung: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> altersentsprechend
Eigenanamnese (falls nicht in Schwangerschaft betreut):			
Familienanamnese (falls nicht in Schwangerschaft betreut):			
Besonderheiten während Geburt und Wochenbett:			
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"/> nein/nicht adäquat		<input type="radio"/> wenig/ nur kurz	
<input type="radio"/> regelmäßige Ernährung		<input type="radio"/> spricht oft mit ihrem Kind	
<input type="radio"/> unregelmäßig		<input type="radio"/> wenig/ nur über ihr Kind	
<input type="radio"/> ausreichende Hygiene		<input type="radio"/> altersgemäße/ kindgerechte Sprache	
<input type="radio"/> unzureichend		<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"/> nicht/ abwertend/ negativ		<input type="radio"/> reagiert unmittelbar auf ihr Kind	
bei Erkrankungen		<input type="radio"/> nicht/ zu spät/ nicht passend	
<input type="radio"/> geht nicht/ zu spät		<input type="radio"/> ohne Ankündigung/ grob	
<input type="radio"/> Sonstiges:		<input type="radio"/> bringt sich beim Spiel mit dem Kind	
		<input type="radio"/> berührt ihr Kind zärtlich/ einfühlsam	
		<input type="radio"/> zu nah/ zu weit weg / ist Kind	
		<input type="radio"/> auf angemessene Distanz	
		<input type="radio"/> unangenehm	

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

Wie schätzen Sie die <u>Fähigkeiten / Kompetenzen</u> der Hauptbezugsperson ein in Bezug auf...	niedrig	mittel	hoch
◆ sich selbst realistisch einzuschätzen (Aufgaben/Rolle als Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ selbst Probleme zu lösen, selbst etwas zu bewirken (Bewältigungsstrategien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ einen Beitrag zum Familienleben zu leisten (Initiative, Organisation, Engagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ soziale Unterstützung von Freunden/Bekanntem zu nutzen (privates soziales Netz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ öffentlichen Hilfsleistungen zu beantragen und in Anspruch zu nehmen (Behörden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Betreuungsziele bis zum 6. Lebensmonat des Kindes (welche?):

1) Mutter gesundheitlich:

2) Mutter psychosozial:

3) Kind gesundheitlich:

4) psychomotorische Entwicklung des Kindes:

5) emotionale Entwicklung des Kindes:

Betreuungsplan/ Interventionen:

Vermittlung von Wissen/Beratung:

Vermittlung von Fähigkeiten/ Anleitung etwas selbst zu tun:

Mobilisierung von Ressourcen:

Kontaktaufnahme mit anderen Akteuren/ Kooperationen:

Vereinbarung von Terminen:

Sonstiges:

Epikrise (Zwischenevaluation) zum 6. Lebensmonat des Kindes:

Datum:	Alter des Kindes:	Gewicht des Kindes:
Stillen:	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/WHO) <input type="checkbox"/> zu schwer (>97%-Perz./WHO) <input type="checkbox"/> altersentsprechend
Voll bis ____ Wo/ Mo		
Teilweise bis ____ Wo/ Mo		
Entwöhnung:		
Breie im ____ Monat		
feste Nahrung im ____ Mo		
Endgültiges Abstillen im ____ Mo		

Besonderheiten (Kind):	Gesundheitszustand der Frau: gut <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> schlecht
Gesundheit:	
Verhalten:	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="radio"/> alle nach Plan <input type="radio"/> fehlende (Kombi-) Impfung: _____
---	---

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

Grad des Gefährdungspotenzials: <input type="radio"/> Kind nicht gefährdet <input type="radio"/> 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? _____
--	---

Wie schätzen Sie die Fähigkeiten / Kompetenzen der Hauptbezugsperson ein in Bezug auf...	niedrig	mittel	hoch
♦ sich selbst realistisch einzuschätzen (Aufgaben/Rolle als Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ selbst Probleme zu lösen, selbst etwas zu bewirken (Bewältigungsstrategien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ einen Beitrag zum Familienleben zu leisten (Initiative, Organisation, Engagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ soziale Unterstützung von Freunden/Bekanntem zu nutzen (privates soziales Netz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ öffentlichen Hilfsleistungen zu beantragen und in Anspruch zu nehmen (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 1. Geburtstag des Kindes (welche?):</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/ Beratung:</p>	
<p>Vermittlung von Fähigkeiten/ Anleitung etwas selbst zu tun:</p>	
<p>Mobilisierung von Ressourcen:</p>	
<p>Kontaktaufnahme mit anderen Akteuren/ Kooperationen:</p>	
<p>Vereinbarung von Terminen:</p>	
<p>Sonstiges:</p>	

Epikrise (Evaluation) 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: voll teilweise

Flaschen-N.: voll teilweise
welche _____

Brei-Nahrung: voll teilweise
welche _____

feste Nahrung: voll teilweise
welche _____

vgl. Körpergewichtskurve (Sgl.):

zu leicht (<3%-Perzentile/WHO)

zu schwer (>97%-Perz./WHO)

altersentsprechend

Besonderheiten (Kind):

Gesundheit:

Verhalten:

Gesundheitszustand der Frau: gut - - - schlecht

**Gynäkologische Abschluss-
untersuchung (6Wo pp):** Ja Nein

Bisherige Kinder-Vorsorge:

U3: Ja Nein

U4: Ja Nein

U5: Ja Nein

U6: Ja Nein

Bisherige Impfungen:

alle nach Plan

fehlende (Kombi-) Impfung: _____

Aktuelle Versorgung des Kindes:

altersgemäße Ernährung nein/nicht adäquat

regelmäßige Ernährung unregelmäßig

ausreichende Hygiene unzureichend

geht rechtzeitig zum Arzt
bei Erkrankungen geht nicht/ zu spät

Sonstiges:

Aktuelle Mutter-Kind-Beziehung:

sieht ihr Kind direkt an

kaum/ nur kurz

spricht oft mit ihrem Kind

wenig/ nur über ihr Kind

benutzt altersgemäße Baby-Sprache

wenig/ keine altersgemäße

äußert sich positiv über ihr Kind

nicht/ abwertend/ negativ

reagiert unmittelbar auf ihr Kind

nicht/ zu spät/ nicht passend

berührt ihr Kind zärtlich/ einfühlsam

ohne Ankündigung/ grob

bringt sich beim Spiel mit dem Kind
auf angemessene Distanz

zu nah/ zu weit weg / ist Kind
unangenehm

Grad des Gefährdungspotenzials:

Kind nicht gefährdet

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

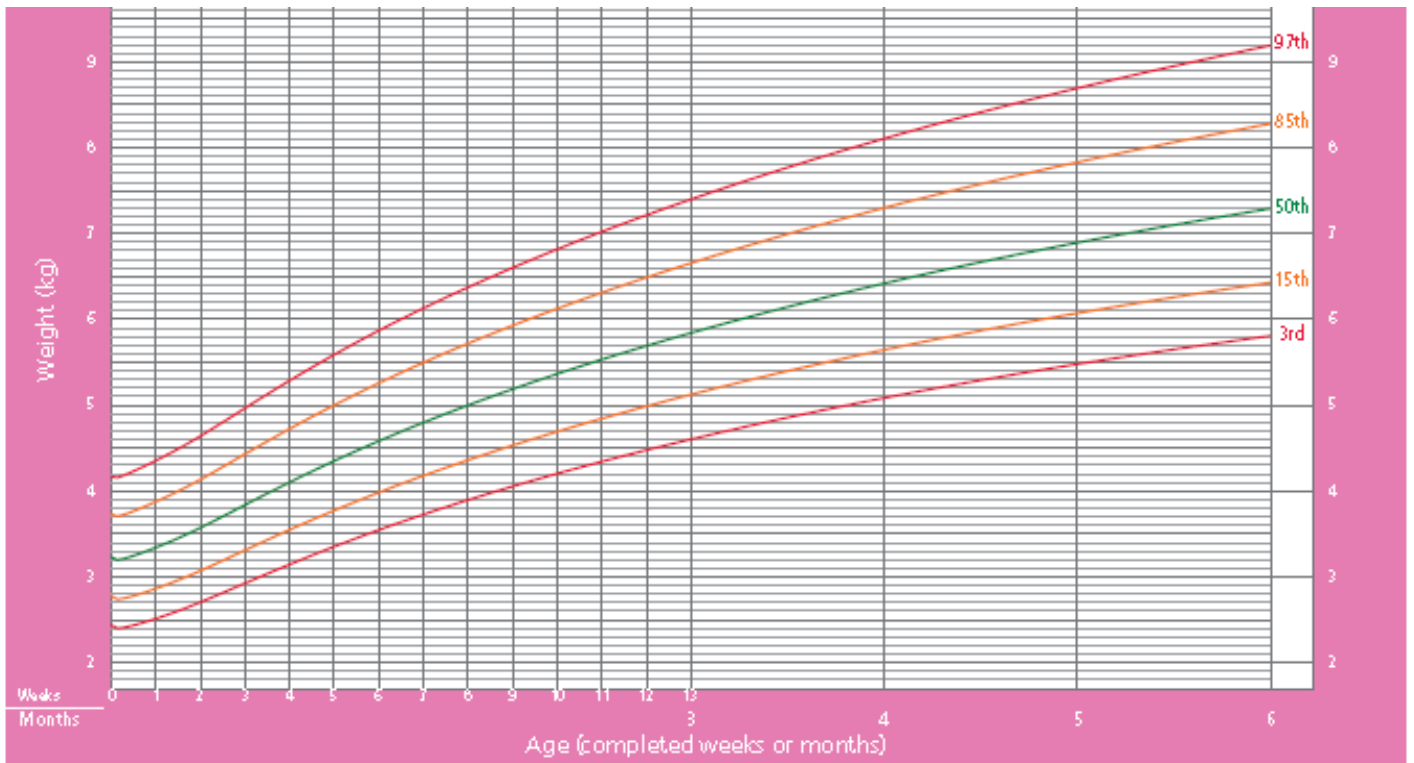
**Wen hinzugezogen/ infor-
miert?** _____

Wann? Wie?

Wie schätzen Sie die <u>Fähigkeiten / Kompetenzen</u> der Hauptbezugsperson ein in Bezug auf...	niedrig	mittel	hoch
◆ sich selbst realistisch einzuschätzen (Aufgaben/Rolle als Eltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ selbst Probleme zu lösen, selbst etwas zu bewirken (Bewältigungsstrategien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ einen Beitrag zum Familienleben zu leisten (Initiative, Organisation, Engagement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ soziale Unterstützung von Freunden/Bekanntem zu nutzen (privates soziales Netz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ öffentlichen Hilfsleistungen zu beantragen und in Anspruch zu nehmen (Behörden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

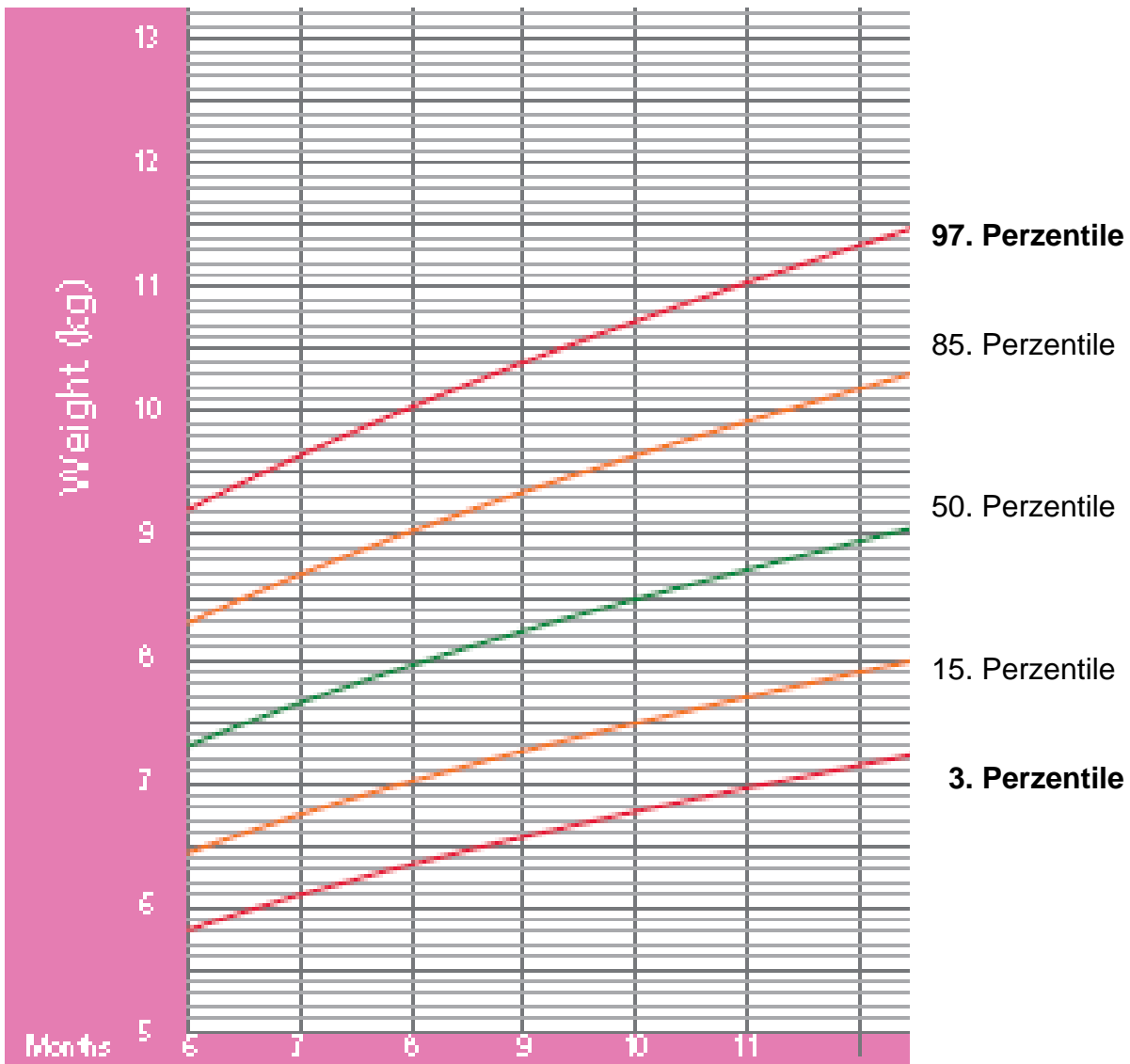
Welche Betreuungsziele erreicht?	Welche Betreuungsziele <u>nicht</u> erreicht?
1) Mutter gesundheitlich:	1) Mutter gesundheitlich:
2) Mutter psychosozial:	2) Mutter psychosozial:
3) Kind gesundheitlich:	3) Kind gesundheitlich:
4) psychomotorische Entwicklung des Kindes:	4) psychomotorische Entwicklung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

Mädchen: Geburt bis 6 Monate

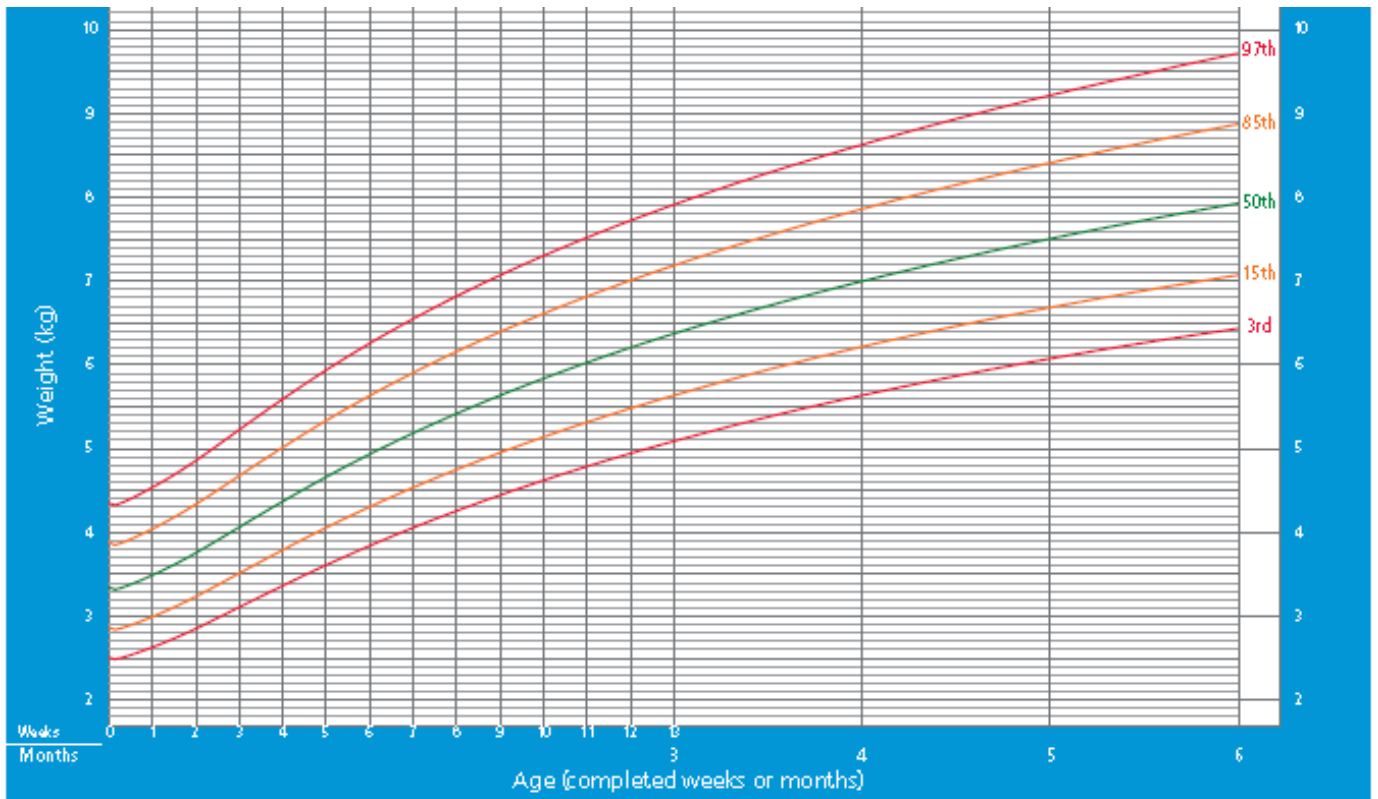


WHO Child Growth Standards

Mädchen: 6 bis 12 Monate



Jungen: Geburt bis 6 Monate



WHO Child Growth Standards

Jungen: 6 bis 12 Monate

