

ANGABEN ÜBER SOZIALARBEITERISCHE INTERVENTION SEITDEM DAS KIND IN DER LISTE GEFÜHRT WIRD ODER SEIT DER LETZTEN KINDERSCHUTZ-BEURTEILUNGSKONFERENZ

Verfügt das Kind/der Jugendliche über eine aktuelle zentrale Evaluation oder ein Evaluations- und Entwicklungsprotokoll? Ja Nein

Ein zentrales Evaluationsprotokoll sollte binnen 35 Tagen nach Beginn der Betreuung des Kindes/Jugendlichen angefertigt werden. Eine APR sollte für die dritte Lagebesprechung (zehn Monate) des Kindes/Jugendlichen angefertigt werden.

Datum/Daten an dem das Kind/der Jugendliche zuletzt gesehen wurde*:

Daten	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte ankreuzen, wenn das Kind alleine gesehen wurde

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Datum/Daten an dem das Kind/der Jugendliche zuletzt gesehen wurde*:

Daten	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte ankreuzen, wenn das Kind alleine gesehen wurde

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**Bitte Daten an dem der Kontakt stattfand angeben für Jugendliche im Alter von 16 Jahren oder älter, die einen Wegeplan benötigen:
Falls diese Besuche außerhalb der gesetzlichen Zeiten stattfanden, erklären Sie bitte warum:*

Datum/Daten an dem die Familienmitglieder zuletzt gesehen wurden:

Daten	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name(n) des/der Familienmitglied(s)/er

Datum/Daten an dem die Familienmitglieder zuletzt gesehen wurden:

Daten	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Name(n) des/der Familienmitglied(s)/er

Daten aller das Kind/den Jugendlichen betreffenden Konferenzen:

Daten	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art der Konferenz

Daten	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art der Konferenz

GESUNDHEIT

Schlüsselindikatoren	Zustand bei der letzten Kontrolle/Gesundheitsbewertung		Derzeitiger Zustand		Datum der letzten Bewertung
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Alle Routineimpfungen sind aktuell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alle Entwicklungsprüfungen sind aktuell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eine Gesundheitsbewertung wurde durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls die Antwort auf eine der oben angeführten Fragen **Nein** ist, erläutern Sie bitte, warum (*wenn keine Gesundheitsbewertung durchgeführt wurde, geben Sie bitte an, wann diese durchgeführt wird und wie sich der fehlende Gesundheitsplan auf das Kind/den Jugendlichen auswirkt*):

Wenn für das Kind/den Jugendlichen ein Evaluations- und Entwicklungsprotokoll vorliegt, tragen Sie bitte die zusammenfassende Gesundheitsbewertungen ein:

		Gesundheit			Gesundheit	Gesundheitsverhalten
1 bis 4-jährige Kinder:	Derzeitiger Zustand	<input type="text"/>	5 bis 15-jährige Kinder:	Derzeitiger Zustand	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Veränderung	<input type="text"/>		Veränderung	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Neu diagnostizierter Gesundheitszustand seit der letzten Kontrolle/Bewertung

Verfassung	Datum der Diagnose	Verfassung	Datum der Diagnose
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Krankenhausaufenthalte, Einzelheiten über Unfälle und Notfälle:

Von <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grund für den Krankenhausaufenthalt und Auswirkung auf das Kind/den Jugendlichen	Name und Adresse des Arztes und Krankenhauses
Von <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Grund für den Krankenhausaufenthalt und Auswirkung auf das Kind/den Jugendlichen	Name und Adresse des Arztes und Krankenhauses

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN GESUNDHEIT

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

ERZIEHUNG UND AUSBILDUNG

Schlüsselindikatoren	Zustand bei der letzten Kontrolle/Gesundheitsbewertung		Derzeitiger Zustand	
	Ja	Nein	Ja	Nein
6-7 & älter: Das Kind/der Jugendliche hat im Rahmen der SAT-Tests sein Ziel erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 & älter Der Erziehungs- und Ausbildungsplan des Kindes/Jugendlichen ist aktuell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind/der Jugendliche ist permanent von der Schule ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 & älter: Das Kind/der Jugendliche durchläuft eine Ausbildung, geht zur Schule oder arbeitet <i>(bitte Einzelheiten nachstehend auführen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls die Antwort auf eine der oben angeführten Fragen **Nein** ist oder das Kind/der Jugendliche permanent von der Schule ausgeschlossen ist, erläutern Sie bitte, welche Maßnahmen ergriffen werden:

Wenn für das Kind/den Jugendlichen ein Evaluations- und Entwicklungsprotokoll vorliegt, tragen Sie bitte die zusammenfassende Bewertung im Bereich Erziehung und Ausbildung ein:

Erziehung und Ausbildung: Kognitive & sprachliche Entwicklung		Fortschritt	Motivation
1 bis 4-jährige Kinder:	Derzeitiger Zustand <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>	Derzeitiger Zustand <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>
	Veränderung <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	Veränderung <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

Jahrgang: _____ **Wichtige Phasen:** _____ **Anzahl der Fehltage in der Schule seit der letzten Kontrolle/Aufnahme:** _____

Leistungen des Kindes/Jugendlichen in der Schule bzw. Ausbildung *(einschließlich SAT-Tests, Prüfungsergebnisse wie GCSE oder andere Leistungen seit der letzten Bewertung/Kontrolle):*

Datum	Leistung/Auszeichnung (bitte Klassenstufe ergänzen)	Bedeutung für das Kind/den Jugendlichen
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

ERZIEHUNG UND AUSBILDUNG

Falls ein besonderer Entwicklungsbedarf für das Kind/den Jugendlichen vorliegt, ist dieser Statement of Special Educational Needs aktuell?

Ja Nein

Falls nein, warum

ERZIEHUNG/AUSBILDUNG

Schulische/Berufliche Änderungen

Datum	Ereignis	Nähere Angaben über(Gründe für die Änderung	Einfluss auf das Kind
□ □ □ □ □ □ □ □			
□ □ □ □ □ □ □ □			
□ □ □ □ □ □ □ □			

- Ereignis:**
- Schulwechsel/Ausbildung
 - Aufbau/Beschäftigung
 - Temporär ausgeschlossen
 - Ausgeschlossen auf Dauer
 - Unentschuldig gefehlt
 - Statement of Special Educational Needs
 - Andere Änderungen

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN ERZIEHUNG & AUSBILDUNG

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. <i>Stunden pro Woche</i>	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

ENTWICKLUNG VON EMOTION und VERHALTEN

Schlüsselindikatoren

10 Jahre und älter: Hat das Kind/der Jugendliche:
seit der letzten Bewertung/Kontrolle einen Verweis oder
eine letzte Verwarnung erhalten bzw. wurde er bestraft?

**Zustand bei der letzten
Kontrolle/Gesundheitsbewertung**

Ja **Nein**

Derzeitiger Zustand

Ja **Nein**

Falls die Antwort **Ja** ist, erläutern Sie bitte, warum:

Wenn für das Kind/den Jugendlichen ein Evaluations- und Entwicklungsprotokoll vorliegt, tragen Sie bitte die zusammenfassende Bewertung im Bereich Entwicklung von Emotion und Verhalten ein:

**Entwicklung von Emotion und
Verhalten einschließlich
Fähigkeiten zur Selbstsorge:**

**Entwicklung von Emotion und
Verhalten**

<p>1 bis 4-jährige Kinder:</p> <p>Derzeitiger Zustand <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Veränderung <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/></p>	<p>5 bis 15-jährige Kinder:</p> <p>Derzeitiger Zustand <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Veränderung <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/></p>
---	--

Datum	Vergehen	Ergebnis <i>(bitte Einzelheiten angeben)</i>	Gericht/Polizeidienststelle
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN EMOTIONALE UND VERHALTENSENTWICKLUNG

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

IDENTITÄT

Wenn für das Kind/den Jugendlichen ein Evaluations- und Entwicklungsprotokoll vorliegt, tragen Sie bitte die zusammenfassende Bewertung für den Bereich Identität ein:

	Identität einschließlich der sozialen Präsentation		Identität
1 bis 4-jährige Kinder:	Derzeitiger Zustand <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	5 bis 15-jährige Kinder:	Derzeitiger Zustand <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Veränderung <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		Veränderung <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN IDENTITÄT

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

FAMILIE und SOZIALE BEZIEHUNGEN

Wenn für das Kind/den Jugendlichen ein Evaluations- und Entwicklungsprotokoll vorliegt, tragen Sie bitte die zusammenfassende Bewertungen ein:

1 bis 4-jährige Kinder:	Derzeitiger Zustand	Bindung zu Betreuungspersonen	Beziehung zu Betreuungspersonen	Bindung zu den leiblichen Eltern/zum Elternteil	Beziehung zur leiblichen Familie
	Veränderung				
5 bis 15-jährige Kinder:	Derzeitiger Zustand	Beziehung zu Gleichaltrigen	Beziehung zu Betreuungspersonen	Beziehung zur leiblichen Familie	
	Veränderung				

Gesetzliche Auflagen (führen Sie bitte alle gesetzlichen Auflagen in Bezug auf das Kind/den Jugendlichen seit der letzten Bewertung/Kontrolle an):

<p>Datum</p> <p>Begonnen</p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □</p> <p>Beendet</p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □</p>	<p>Rechtsstatus</p>	<p>Handlung</p>	<p>Gericht</p>
<p>Datum</p> <p>Begonnen</p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □</p> <p>Beendet</p> <p>□ □ □ □ □ □ □ □</p>	<p>Rechtsstatus</p>	<p>Handlung</p>	<p>Gericht</p>

Sollten irgendwelche bestehenden gesetzlichen Anordnungen geändert oder neue Anordnungen in Betracht gezogen werden? Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben:

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN FAMILIE UND SOZIALE BEZIEHUNGEN

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

SOZIALE PRÄSENTATION

Falls das Kind/der Jugendliche über ein Evaluations- und Entwicklungsprotokoll verfügt, protokollieren Sie bitte die zusammenfassende Evaluation der sozialen Präsentation

Soziale Präsentation

Nur für Kinder und Jugendliche von 5-15 Jahren

Aktuelle Position

Änderung

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN SOZIALE PRÄSENTATION

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

FÄHIGKEITEN ZUR SELBSTSORGE

Falls das Kind/der Jugendliche über ein Evaluations- und Entwicklungsprotokoll verfügt, protokollieren Sie bitte die zusammenfassende Evaluation der Fähigkeiten zur Selbstsorge

Fähigkeiten zur Selbstsorge

Nur für Kinder und Jugendliche von 5-15 Jahren Aktuelle Position

Änderung

ENTWICKLUNGSBEDARFE DES KINDES/JUGENDLICHEN FÄHIGKEITEN ZUR SELBSTSORGE

Identifizierte Entwicklungsbedarfe, Stärken und Schwierigkeiten des Kindes/Jugendlichen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: <i>z.B. Stunden pro Woche</i>	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

HERKUNFTSFAMILIE: KOMPETENZEN DER ELTERN

Elterliche Kompetenz den Entwicklungsbedarfen des Kindes/Jugendlichen zu entsprechen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme <i>n: z.B. Stunden pro Woche</i>	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>
Grundpflege Gewährleistung der Sicherheit Emotionale Wärme Anregungen Betreuung und Grenzen Stabilität							

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

HERKUNFTSFAMILIE und UMWELTFAKTOREN

Bitte führen Sie die Daten und Art aller Veränderungen in den Lebensumständen des Kindes/Jugendlichen auf, einschließlich:
 Veränderungen in der Herkunftsfamilie: (einschließlich der Geburt jüngerer Geschwister); Beginn oder Ende des Zeitraumes in dem das Kind in der Kinderschutzliste geführt wird; Anfang oder Ende des Betreuungszeitraumes und/oder Trauerfall seit der ersten oder letzten Kinderschutz-Beurteilungskonferenz:

Datum	Art des Ereignisses oder der Veränderung	Details	Grund für die Veränderung	Auswirkungen auf das Kind/den Jugendlichen: <i>vom Sozialarbeiter auszufüllen</i>
□□ □□ □□□□				
□□ □□ □□□□				
□□ □□ □□□□				
□□ □□ □□□□				
□□ □□ □□□□				
□□ □□ □□□□				

HERKUNFTSFAMILIE UND UMWELTFAKTOREN

Familien- & Umweltfaktoren die die Kompetenzen der Eltern und/oder die Entwicklungsbedarfe des Kindes/Jugendlichen beeinflussen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. <i>Stunden pro Woche</i>	Verantwortliche Person/ Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>
<p>Familiengeschichte und Funktionalität</p> <p>Weitere Familie</p> <p>Unterkunft</p> <p>Einkommen</p> <p>Soziale Integration der Familie</p> <p>Gemeinderesourcen</p>							

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

GEMEINSAME ELTERNCHAFT: KOMPETENZEN DER ELTERN

Kapazitäten der gemeinsamen Eltern die Entwicklungsbedarfe des Kindes/Jugendlichen zu entsprechen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sonohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>
<p>Grundpflege</p> <p>Gewährleistung der Sicherheit</p> <p>Emotionale Wärme</p> <p>Anregungen</p> <p>Betreuung und Grenzen</p> <p>Stabilität</p>							

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

GEMEINSAME KOMPETENZEN DER ELTERN: UMWELTFAKTOREN

Umweltfaktoren welche die Entwicklungsbedarfe des Kindes/Jugendlichen beeinflussen	Maßnahmen und Leistungen: <i>sowohl geplante als auch ungeplante Leistungen und Maßnahmen</i>	Häufigkeit und Dauer der Maßnahme n: z.B. Stunden pro Woche	Verantwortliche Person/Organisation	Beginn der Maßnahmen	Zielplanung: <i>geplante Fortschritte bis zur nächsten Revision oder bis zum nächsten festgesetzten Termin</i>	Leistungen endeten am:	Tatsächliche(s) Ergebnis(se): <i>Fortschritte, Grund für Beendigung der Leistung oder für nicht-geleistete Dienste.</i>
<p>Familiengeschichte und Funktionalität</p> <p>Weitere Familie</p> <p>Unterkunft</p> <p>Einkommen</p> <p>Soziale Integration der Familie</p> <p>Gemeinderesourcen</p>							

Inwieweit wurden geplante Ergebnisse erreicht oder teilweise erreicht? Welche Maßnahmen/Leistungen waren am effektivsten? Sind Bedarfe noch vorhanden oder wurden neue Bedarfe erkannt?

ÜBERPRÜFUNG DES BETREUUNGSPLANS

Datum des Beginns dieses Betreuungszeitraums:

Datum des Beginns der derzeitigen Unterbringung:

Derzeitiger Betreuungsplan (*zutreffendes bitte ankreuzen*):

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Ist bei der leiblichen Familie untergebracht und die Betreuung wird aufgeteilt/kurzfristige Unterbrechungen | <input type="checkbox"/> | 6. Langfristige Unterbringung bei Pflegeeltern (Dauer der Unterbringung: bis zum 18. Lebensjahr, Rückkehr in die leibliche Familie ist nicht geplant) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kehrt innerhalb eines Monats zur leiblichen Familie zurück | <input type="checkbox"/> | 7. Unterbringung im Heim bis zur Selbständigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kehrt innerhalb von sechs Monaten zur leiblichen Familie zurück | <input type="checkbox"/> | 8. Betreutes Wohnen in der Gemeinde (in Vorbereitung auf die Selbständigkeit) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kehrt (innerhalb von Monaten) zur leiblichen Familie zurück | <input type="checkbox"/> | 9. Adoption | <input type="checkbox"/> |
| 5. Langfristige Unterbringung bei Verwandten/Freunden | <input type="checkbox"/> | 10. Sonstiges, <i>bitte angeben</i> : _____ | <input type="checkbox"/> |

Wann wurde der Plan verabschiedet:

Muss der aktuelle Betreuungsplan für das Kind/den Jugendlichen verändert werden?

 Ja Nein

Falls **Ja**, geben Sie bitte kurz die Gründe dafür an:

Beabsichtigte Änderungen des Betreuungsplans (*zutreffendes bitte ankreuzen*):

- | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Ist bei der leiblichen Familie untergebracht und die Betreuung wird aufgeteilt/kurzfristige Unterbrechungen | <input type="checkbox"/> | 6. Langfristige Unterbringung bei Pflegeeltern (Dauer der Unterbringung: bis zum 18. Lebensjahr, Rückkehr in die leibliche Familie ist nicht geplant) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kehrt innerhalb eines Monats zur leiblichen Familie zurück | <input type="checkbox"/> | 7. Unterbringung im Heim bis zur Selbständigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kehrt innerhalb von sechs Monaten zur leiblichen Familie zurück | <input type="checkbox"/> | 8. Betreutes Wohnen in der Gemeinde (in Vorbereitung auf die Selbständigkeit) | <input type="checkbox"/> |

4. Kehrt (innerhalb von Monaten) zur leiblichen Familie zurück

9. Adoption

5. Langfristige Unterbringung bei Verwandten/Freunden

10. Sonstiges, *bitte angeben*: _____

ÜBERPRÜFUNG DER UNTERBRINGUNG & ABSPRACHEN

Wie ist das Kind/der Jugendliche derzeit untergebracht (*zutreffendes bitte ankreuzen*):

1. Unterbringung bei den Eltern/einem Elternteil	<input type="checkbox"/>	7. Spezielle Heimunterbringung (therapeutische Einrichtung/Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>
2. Unterbringung bei Verwandten/Freunden	<input type="checkbox"/>	8. Spezielle Heimunterbringung (Internat)	<input type="checkbox"/>
3. Pflegeunterbringung bei Verwandten/Freunden	<input type="checkbox"/>	9. Spezielle Heimunterbringung (Gesundheit, einschließlich CAMHS)	<input type="checkbox"/>
4. Unterbringung bei Pflegeeltern	<input type="checkbox"/>	10. Sichere Unterbringung	<input type="checkbox"/>
5. Unterbringung bei Adoptiveltern	<input type="checkbox"/>	11. Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>
6. Heimunterbringung (Kinderheim)	<input type="checkbox"/>	12. Sonstiges, <i>bitte angeben:</i> _____	<input type="checkbox"/>

Handelt es sich hierbei um die bevorzugte Unterbringungsmöglichkeit für das Kind/den Jugendlichen:

Ja Nein

Falls **Nein**, warum ist das Kind/der Jugendliche nicht anderweitig untergebracht:

Werden alle Kernaufgaben aus dem Betreuungsplan in der Unterbringung berücksichtigt:

Ausstehende Aufgabe	Grund	Künftige Maßnahme

Kann das Kind/der Jugendliche sein Elternhaus/die Geschwister in einer halben Stunde zu Fuß oder mit öffentlichen Transportmitteln erreichen?

Ja Nein

Erhalten die Verwandten/Betreuungspersonen des Kindes/Jugendlichen eine finanzielle Unterstützung für Fahrtkosten?

Ja Nein

Angebote Aktivitäten und Leistungen: <i>geplante und nicht geplante Leistungen und Aktivitäten</i>	Häufigkeit und Dauer der Leistung: <i>z.B. Stunden pro Woche</i>	Verantwortliche Person/ Behörde	Datum des Beginns der Leistungen	Geplantes Ergebnis: <i>Fortschritte, die bis zur nächsten Überprüfung oder bis zu einem bestimmten Datum erzielt werden müssen</i>	Datum des Endes der Leistungen	Tatsächliches Ergebnis: <i>erreichte Fortschritte, Gründe dafür, warum die Leistungen eingestellt oder nicht bereit gestellt wurden.</i>

--	--	--	--	--	--	--

Hat das Kind/der Jugendliche eine positive Beziehung zu den Personen in der Unterbringung, auch zu anderen Kindern/Jugendlichen?

Ja Nein

Bitte Einzelheiten angeben:

Ist die derzeitige Unterbringung zufrieden stellend?

Falls die derzeitige Unterbringung als unzureichend erscheint, wurden alternative Pläne in Erwägung gezogen und wenn ja, welche:

Wurde bereits vorgeschlagen, dass das Kind/der Jugendliche in einer anderen Einrichtung untergebracht wird?

Ja Nein

Falls **Ja**, um welche Art der Einrichtung handelt es sich?

1. Unterbringung bei den Eltern/einem Elternteil	<input type="checkbox"/>	7. Spezielle Heimunterbringung (therapeutische Einrichtung/Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>
2. Unterbringung bei Verwandten/Freunden	<input type="checkbox"/>	8. Spezielle Heimunterbringung (Internat)	<input type="checkbox"/>
3. Pflegeunterbringung bei Verwandten/Freunden	<input type="checkbox"/>	9. Spezielle Heimunterbringung (Gesundheit, einschließlich CAMHS)	<input type="checkbox"/>
4. Pflegeunterbringung	<input type="checkbox"/>	10. Sichere Unterbringung	<input type="checkbox"/>
5. Unterbringung bei Adoptiveltern	<input type="checkbox"/>	11. Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>
6. Heimunterbringung (Kinderheim)	<input type="checkbox"/>	12. Sonstiges, <i>bitte angeben:</i> _____	<input type="checkbox"/>

Handelt es sich hierbei um die bevorzugte Unterbringungsmöglichkeit für das Kind/den Jugendlichen?

Ja Nein

Falls **Nein**, warum nicht?

Wann wurde der letzte Evaluations- und Entwicklungsprotokoll erstellt:

Falls entschieden wurde, innerhalb des empfohlenen Zeitrahmens keinen Evaluations- und Entwicklungsprotokoll zu erstellen, erläutern Sie bitte warum:

Wann wird der nächste Evaluations- und Entwicklungsprotokoll erstellt:

ÜBERPRÜFUNG DER KONTAKTE

Hat das Kind/der Jugendliche seit der letzten Kontrolle Kontakt zu den folgenden Personen gehabt?

Alle Mitglieder der leiblichen Familie des Kindes/Jugendlichen, auch Halb- und Stiefgeschwister sollten aufgelistet werden, auch wenn kein Kontakt besteht.

Person	Häufigkeit	Art des Kontakts: <i>persönliches Treffen, Telefon, Briefkontakt</i>	Absprachen: <i>Transport, Ort, Beaufsichtigung</i>	Wie unterstützt der Kontakt den Plan des Kindes/Jugendlichen?
Leibliche Mutter				
Leiblicher Vater				
Stiefeltern/Hauptbetreuungsperson				
Brüder und Schwestern:				

Großeltern:				

Sonstige Personen, die für das Kind/den Jugendlichen wichtig sind:				

Wurde der Kontakt seit der letzten Überprüfung in irgendeiner Form eingeschränkt?

Bitte Einzelheiten angeben:

Falls das Kind/der Jugendliche mit einer der oben genannten Personen keinen Kontakt hatte, erläutern Sie bitte, warum:

Gab es für das Kind/den Jugendlichen Probleme beim Kontakt:

Gab es für die leiblichen Eltern/Verwandten Probleme beim Kontakt:

Gab es für die Betreuungspersonen Probleme beim Kontakt:

Beurteilung des Kindes/Jugendlichen in Betreuung

Teil zwei: Bericht des Vorsitzenden

Dieser Abschnitt der Beurteilung stellt eine Zusammenfassung aller Diskussionen und Entscheidungen für das Protokoll des Kindes/Jugendlichen dar. Dieser Abschnitt sollte vom Vorsitzenden der Beurteilung zum Ende der Kinderschutzbeurteilung ausgefüllt werden und allen Teilnehmern der Kinderschutzbeurteilung sollte eine Kopie, zusammen mit den Sitzungsprotokollen der Kinderschutz-Beurteilungskonferenz, zur Verfügung gestellt werden.

DAS BEURTEILUNGSVERFAHREN

Wie sind Sie bei dieser Beurteilung vorgegangen?

Einzel Treffen Mehrere Treffen

Wurden alle relevanten Personen bezüglich der Vorbereitung der Beurteilungskonferenz benachrichtigt, bzw. waren daran beteiligt?

Ja Nein

Falls **nein**, protokollieren Sie bitte, wer nicht beteiligt war und warum entschieden wurde, trotz der Nichtbeteiligung mit der Beurteilungskonferenz fortzufahren:

TEILNAHME DES KINDES/JUGENDLICHEN AN DEM BEURTEILUNGSVERFAHREN

Wurde das Kind/der Jugendliche vor der Beurteilungskonferenz benachrichtigt?

Ja Nein

Falls **ja**, teilen Sie bitte mit, wie die Ansichten des Kindes in der Konferenz vorgetragen wurden: Falls **nicht**, erklären Sie bitte warum:

Wurde das Kind/der Jugendliche über die folgenden Punkte in Zusammenhang mit dem Treffen aufgeklärt:

Datum Ja Nein **Zeit** Ja Nein **Ort** Ja Nein **Agenda** Ja Nein **Teilnehmer** Ja Nein

Falls das Kind/der Jugendliche nicht aufgeklärt wurde, erläutern Sie bitte, warum:

Hat das Kind/der Jugendliche an dem Treffen teilgenommen?

Ja Nein

Falls **Ja**, erläutern Sie bitte, auf welche Weise das Kind/der Jugendliche dabei unterstützt wurde, etwas beizutragen. Falls **Nein**, erläutern Sie bitte, warum:

ZUSAMMENFASSUNG DER BEURTEILUNGSDISKUSSION (Es ist wichtig, die Gründe für Änderungen der Pläne für das Kind/den Jugendlichen zu protokollieren):

Sind Änderungen in Bezug auf die Absprachen für den Kontakt zwischen dem Kind/Jugendlichen und seinen Kontaktpersonen erforderlich?

Ja Nein

Falls **Ja**, erläutern Sie bitte die neuen Absprachen:

Person	Häufigkeit	Art des Kontakts: <i>persönliches Treffen, Telefon, Briefkontakt</i>	Absprachen:	Wie wird der Kontakt das Kind/den Jugendlichen bzw. seinen Entwicklungsplan unterstützen?

Muss einer der unten angeführten Pläne nach der Überprüfung aktualisiert werden?

	Ja	Nein	Für die Aktualisierung des Plan verantwortliche Person	Der geänderte Plan wird versendet am
Plan für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Plan zum Schutze des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Erziehungs- und Ausbildungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Verlaufsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über die Unterbringung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Adoptionsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Datum der nächsten Überprüfung:

Zeit:

ABSPRACHEN

Teilnehmer	Name	Unterschrift	Datum
Kind/Jugendlicher			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Eltern			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Betreuungspersonen			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gesundheitsexperten			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Erziehungs- und Ausbildungsexperten			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sozialarbeiter			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Professor			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sonstige Personen			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Bitte geben Sie Einzelheiten an, falls ein Teilnehmer an dem Überprüfungsprozess den Entscheidungen/Empfehlungen nicht zustimmt:

VERTEILUNG

Teilnehmer	Name	Verteilt: <i>Bitte kreuzen Sie das Kästchen an, wenn Sie die Kopien versandt haben</i>	Datum der Zustellung
Kind/Jugendlicher		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eltern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungspersonen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsexperten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erziehungs- und Ausbildungsexperten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>