

Patientinnenetikett

ET: \_\_\_\_\_



**Abteilung**

**Hinweis auf Gesprächsbedarf Datum/Hz**

Aufnahme	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Kreißsaal	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Entbindungsstation	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____
Ärzte/-innen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	_____

**A. Besondere (auch soziale) Belastung**

A.1	Alter der Mutter ≤ 21 Jahre	<input type="checkbox"/>
A.2	Alter der Mutter ≤ 21 Jahre und bereits ein Kind oder mehrere	<input type="checkbox"/>
A.3	Rasche Geburtenfolge (weniger als ein Jahr)	<input type="checkbox"/>
A.4	Unerwünschte Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>
A.5	Alleinerziehend	<input type="checkbox"/>
A.6	Schwere Konflikte in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>
A.7	Kind(er) bereits in Pflege oder Adoption	<input type="checkbox"/>
A.8	Familie bereits durch das Jugendamt unterstützt	<input type="checkbox"/>
A.9	Aufwachsen der Mutter außerhalb der Herkunftsfamilie	<input type="checkbox"/>
A.10	Eigene Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit	<input type="checkbox"/>
A.11	Bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen	<input type="checkbox"/>
A.12	Nikotinkonsum > 20 Zigaretten am Tag	<input type="checkbox"/>
A.13	Alkoholabusus	<input type="checkbox"/>
A.14	Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>
A.15	Mangelnde körperliche Hygiene	<input type="checkbox"/>
A.16	Armut (beengte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Schulden, kein Schulabschluss)	<input type="checkbox"/>
A.17	Soziale Isolation / sprachlich bedingter Unterstützungsbedarf	<input type="checkbox"/>
A.18	Sonstiges / Bemerkungen: _____	<input type="checkbox"/>

**B. Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen**

**C. Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderung, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen**

C.1	Frühgeburtlichkeit	<input type="checkbox"/>
C.2	Mehrlinge	<input type="checkbox"/>
C.3	Angeborene / neonatal erworbene Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
C.4	Sonstige Bemerkungen: _____	<input type="checkbox"/>






**D. Beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes**

D.1	Wirkt am Kind desinteressiert	<input type="checkbox"/>
D.2	Macht ablehnende Äußerungen über das Kind	<input type="checkbox"/>
D.3	Wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig	<input type="checkbox"/>
D.4	Gibt auffallend häufig das Kind ab	<input type="checkbox"/>
D.5	Fehlendes Einfühlungsvermögen in die Bedürfnisse des Kindes, reagiert überzogen gestresst, z. B. wenn das Kind schreit oder spuckt	<input type="checkbox"/>
D.6	Kein Besuch	<input type="checkbox"/>

**E. Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden**

**F. Sonstiges (bitte hier notieren)**

**Anmerkung:** Angaben zu **Fragen A.4** sowie **A.6 - A.10** können auch erst im Rahmen des **vertiefenden Gesprächs** erhoben werden.

 <b>Auswertung:</b> <i>Summieren Sie die Kreuze aus Bereich A bis F jeweils auf!</i>		
 <b>Beurteilung</b> <i>nach dem vertiefenden Gespräch</i>		<b>Umsetzung der Handlungsempfehlung</b>
 GRÜN	kein Kreuz in den Bereichen A-F	Datum:      Hz:      Mit wem: Was:
 GELB	nur Kreuze bei A <b>oder</b> max. 2 Kreuze bei B-F	Datum:      Hz:      Mit wem: Was:
 ORANGE	mind. 1 Kreuz bei A <u>und</u> mind. 1 Kreuz bei B-F <b>oder</b> mind. 3 Kreuze bei B-F	Datum:      Hz:      Mit wem: Was:

**Parallel ständig fortlaufender  
Abwägungsprozess über  
Kindeswohlgefährdung (KWG)**

**klinikintern**

Wenn Sie **Zweifel** haben, ob eine KWG vorliegt und eine Einschätzung darüber mindestens **ein paar Tage Zeit** hat, erhalten Sie eine **Beratung** ohne Nennung des Namens der Familie **bei der Frühe Hilfe Anlaufstelle**.

Bei **akuter KWG**  
oder  
wenn Sie eine akute KWG **nicht ausschließen** können  
oder  
wenn ein paar Tage (ca. 2) **Wartezeit** für eine **Beratung nicht ausreichen**

wenden Sie sich an die  
**Kindesschutzstelle (KST)**  
**0621-293 3700**  
Mo-Do: 8:30-16 Uhr, Fr: 8:30-15 Uhr und außerhalb dieser Zeiten an die **Polizei**.



- ⇒ Nachfrage, ob Hebamme für die Nachsorge bereits organisiert
- ⇒ wenn nicht, Hebamme empfehlen
- ⇒ Flyer der Frühe Hilfen Anlaufstelle aushändigen



1. **Hebamme** dringlichst geboten: Vermittlung durch Klinikpersonal erforderlich
2. bei zusätzlichem Bedarf: Stationspersonal erbittet **Schweigepflichtentbindung** seitens der Kindsmutter und **Abstimmung des weiteren Verfahrens** mit der Frühe Hilfe Anlaufstelle (FAX an FHA + Telefonat)
3. **fehlende** Schweigepflichtentbindung: Fallberatung ohne Namensnennung der Familie mit der Frühe Hilfe Anlaufstelle möglich



1. Stationspersonal erbittet **Schweigepflichtentbindung** seitens der Kindsmutter und
2. **Abstimmung des weiteren Verfahrens mit der FHA** (FAX an FHA + Telefonat)

**CAVE:** Fallübernahme ist erst erfolgt, wenn ein persönlicher Austausch mit der FHA stattgefunden hat und das FAX mit der Schweigepflichtentbindung angekommen ist.

Die **Frühe Hilfe Anlaufstelle** (FHA) ist i.d.R. montags bis freitags erreichbar. Ein Rückruf auf ein Fax erfolgt spätestens am nächsten Werktag. Falls im Zeitraum von Freitag bis Montag die FHA nicht erreicht werden kann, muss eine Entscheidung in der Klinik getroffen werden, ob mehrere Tage gewartet werden kann. Ansonsten Einschalten der Kindesschutzstelle (0621-293 3700).

**FHA Tel: 0621-293 3708      FHA FAX: 0621-293 47 3708**