

# ZUSATZBOGEN für Kindertagesstätten

zur Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung

Die nachfolgende **Checkliste gibt einen Überblick über relevante Indikatoren im Bereich der Kindertagesstätte**, die in Zusammenhang mit einer Kindeswohlgefährdung stehen können. Die angegebenen Punkte beziehen sich **auf das Kind!** Bitte beschreiben Sie die Beobachtungen so, dass jemand, der das Kind nicht kennt, sich ein Bild von dem Geschehen machen kann.

Körperliche Erscheinung	Datum/ Häufigkeit	Konkrete Beobachtungen (unbedingt ausfüllen!)	keine Beobachtung
<b>Körpergewicht</b> <input type="checkbox"/> normalgewichtig, <input type="checkbox"/> untergewichtig, <input type="checkbox"/> übergewichtig, <input type="checkbox"/> adipös			
<b>Krankheiten</b> <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> chronisch, <input type="checkbox"/> Behinderung, <input type="checkbox"/> diagnostizierte psychische Erkrankung, <input type="checkbox"/> andere Beschwerden _____			
<b>Toilettenverhalten</b> <input type="checkbox"/> unauffällig, <input type="checkbox"/> kotet ein, <input type="checkbox"/> nässt ein			
<b>Körperhygiene</b> <input type="checkbox"/> angemessen, <input type="checkbox"/> Haut, <input type="checkbox"/> Haare, <input type="checkbox"/> Zähne, <input type="checkbox"/> Geruch, <input type="checkbox"/> sonstiges: _____			
<b>Verletzungen</b> <input type="checkbox"/> keine auffälligen Verletzungen, <input type="checkbox"/> Verbrennungen, <input type="checkbox"/> Flecken, <input type="checkbox"/> Narben, <input type="checkbox"/> offene Wunden, <input type="checkbox"/> Verbände / Pflaster (zusätzlich Lokalisation: Körperstelle, Größe, Form, Farbe, Erklärungsmuster)			
<b>Entwicklung</b> <input type="checkbox"/> angemessen <b>Entwicklungsverzögerung</b> <input type="checkbox"/> sprachlich, <input type="checkbox"/> geistig, <input type="checkbox"/> körperlich, <input type="checkbox"/> sozial, <input type="checkbox"/> emotional, <input type="checkbox"/> sonstiges: _____			
<b>Versorgung / Bereitstellung von Hilfsmitteln</b> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel werden nicht benötigt, <input type="checkbox"/> Brille, <input type="checkbox"/> Hörgerät, <input type="checkbox"/> Zahnsperre, <input type="checkbox"/> Hilfsmittel fehlen, <input type="checkbox"/> sonstiges: _____			
<b>Kleidung</b> Größe <input type="checkbox"/> angemessen, <input type="checkbox"/> unangemessen, <input type="checkbox"/> witterungsgerecht, <input type="checkbox"/> nicht witterungsgerecht, <input type="checkbox"/> unauffällig, <input type="checkbox"/> schmutzig, <input type="checkbox"/> kaputt			

Name des Kindes:

Kindertagesstätte:

Gruppe:

Fallführende/r Mitarbeiter/in:

Psychische Erscheinung	Datum/ Häufigkeit	Konkrete Beobachtungen (unbedingt ausfüllen!)	Keine Beobachtung
<b>Beobachtetes Verhalten</b> <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> empathisch (1), <input type="checkbox"/> hilfsbereit (2), <input type="checkbox"/> mutig (3), <input type="checkbox"/> in sich ruhend (4), <input type="checkbox"/> gerecht (5), <input type="checkbox"/> Streit schlichtend (6), <input type="checkbox"/> Streit initiiierend (7), <input type="checkbox"/> teilnahmslos (8), <input type="checkbox"/> traurig (9), <input type="checkbox"/> apathisch (10), <input type="checkbox"/> emotionslos (11), <input type="checkbox"/> auffallend ruhig (12), <input type="checkbox"/> überdreht (13), <input type="checkbox"/> unruhig (14), <input type="checkbox"/> ängstlich (15), <input type="checkbox"/> ungesteuert (16), <input type="checkbox"/> aggressiv (17), <input type="checkbox"/> sonstiges (18): <hr/>			
<b>Frustrationstoleranz</b> <input type="checkbox"/> angemessen <input type="checkbox"/> unangemessen			
<b>Tendenz zur Selbstverletzung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Z.B. Haare zupfen, ritzen, sonstiges			
<b>Beziehungsverhalten</b> <input type="checkbox"/> unauffällig, <input type="checkbox"/> Nähe/Distanz Problematik zu <input type="checkbox"/> Erwachsenen: <input type="checkbox"/> Eltern, <input type="checkbox"/> Erzieher:in/Kita-Personal; <input type="checkbox"/> Kindern			
<b>Selbstwertgefühl</b> <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> gering, <input type="checkbox"/> übermäßig			
<b>Sozialverhalten</b> <input type="checkbox"/> integriert, <input type="checkbox"/> angepasst, <input type="checkbox"/> auffällig, <input type="checkbox"/> empathisch			

Name des Kindes:

Kindertagesstätte:

Gruppe:

Fallführende/r Mitarbeiter/in:

Situation in der Kindertagesstätte	Datum/ Häufigkeit	Konkrete Beobachtungen (unbedingt ausfüllen!)	Keine Beobachtung
<b>Pünktlichkeit</b> <input type="checkbox"/> pünktlich, <input type="checkbox"/> häufig unpünktlich			
<b>Fehlzeiten</b> <input type="checkbox"/> unauffällig, <input type="checkbox"/> auffällig			
<b>Verhalten in der Kindertagesstätte</b> <input type="checkbox"/> wach, <input type="checkbox"/> konzentriert, <input type="checkbox"/> unkonzentriert, <input type="checkbox"/> störend, <input type="checkbox"/> übermüdet			
<b>Schwankungen im Lernverhalten bei Angeboten</b> <input type="checkbox"/> unauffällig, <input type="checkbox"/> auffällig			
<b>Materialien</b> <input type="checkbox"/> vollständig, <input type="checkbox"/> unvollständig			
<b>Integration in der Gruppe</b> <input type="checkbox"/> akzeptiert, <input type="checkbox"/> problematisch			
<b>Rolle in der Gruppe</b> (Benennen / Beschreiben)			
<b>Verpflegung</b> <input type="checkbox"/> vorhanden, <input type="checkbox"/> nicht vorhanden			
<b>Finanzielle Beiträge</b> <input type="checkbox"/> Pünktlich, <input type="checkbox"/> unpünktlich, <input type="checkbox"/> nicht gezahlt			

Ergänzende Beobachtungen	Datum/ Häufigkeit	konkrete Beobachtungen (unbedingt ausfüllen!)	Keine Beobachtung
Sexualisiertes Verhalten			

**Weitere Ergänzungen:**