

Dokumentationsverfahren nach § 8a SGB VIII

Beobachtungsbogen

Anlage 1

Datum:	Name:
--------	-------

1. Beobachtung:	
<input type="checkbox"/> eigene Beobachtung <input type="checkbox"/> Kollege/in <input type="checkbox"/> andere Eltern <input type="checkbox"/> sonstige:	Name: Adresse: Telefon-Nr.:

2. Angaben zu dem Kind:

Name:	Alter:
Adresse:	

3. Angaben zu der Familie:

Name:
Adresse:
Telefon:
Sonstiges:

4. Inhalt der Beobachtung:

--

5. Nächste Schritte:

<input type="checkbox"/> Überprüfung im Team <input type="checkbox"/> Gespräch mit Eltern/Sorgeberechtigten – geplant am: <input type="checkbox"/> Einschaltung der Kinderschutzfachkraft – geplant am: <input type="checkbox"/> Sonstiges:
--

2.2. Interner Beratungsplan

Anlage 2

Datum:	Name:
--------	-------

1. Beteiligte:	
<input type="checkbox"/> Pädagoge/in <input type="checkbox"/> Kollege/in <input type="checkbox"/> Leitung <input type="checkbox"/> Kinderschutzfachkraft <input type="checkbox"/> Sonstige:	

2. Angaben zu dem Kind:	
Name:	Alter:

3. Einschätzung:

4. Maßnahmen:
Weitere Beobachtung durch: <input type="checkbox"/> Gespräch mit Eltern/Sorgeberechtigten – geplant am: <input type="checkbox"/> Einschaltung Kinderschutzfachkraft – geplant am: <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme z. B. Beratungsstelle: _____ (Datenschutz beachten!) <input type="checkbox"/> Sonstiges

Gemeinsamer Beratungs- und Hilfeplan

Anlage 3

Datum:	Name:
--------	-------

1. Beteiligte:	
<input type="checkbox"/> Eltern / Sorgeberechtigte <input type="checkbox"/> Pädagoge/in <input type="checkbox"/> Kollege/in <input type="checkbox"/> Leitung <input type="checkbox"/> Kinderschutzfachkraft <input type="checkbox"/> Sonstige:	

2. Angaben zu dem Kind:	
Name:	Alter:

3. Absprachen:	4. Zeitstruktur:

Verantwortliche Person:	
-------------------------	--

(Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten)

(Vertreter/in der Einrichtung)

Inanspruchnahme des ASD vorbereiten

Anlage 4

Datum:	Name:
--------	-------

1. Angaben zu dem Kind:	
Name:	Alter:

2. Wann wurde entschieden:

3. Wer hat entschieden:
<input type="checkbox"/> Eltern/Sorgeberechtigte
<input type="checkbox"/> Leitung
<input type="checkbox"/> Kinderschutzfachkraft
<input type="checkbox"/> Sonstige:

4. Informationsfluss:
Information an Eltern/Sorgeberechtigte:
<input type="checkbox"/> per Post - am: _____
<input type="checkbox"/> per Telefonat - am _____
<input type="checkbox"/> per persönlichem Gespräch – am _____
<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Durch:
<input type="checkbox"/> Pädagoge/in
<input type="checkbox"/> Kollege/in
<input type="checkbox"/> Leitung
<input type="checkbox"/> Kinderschutzfachkraft
<input type="checkbox"/> Sonstige
Information des ASD durch:
<input type="checkbox"/> Leitung
<input type="checkbox"/> Kinderschutzfachkraft
<input type="checkbox"/> Sonstige