

## Dokumentation zum Gespräch mit Personensorgeberechtigten/ Teilnehmer\*innen

Datum, Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Alter des Kindes: \_\_\_\_\_

Anwesende Elternteile:  
(bzw. Sorgeberechtigte) \_\_\_\_\_

Anwesende Fachkräfte: \_\_\_\_\_

### Gesprächsthemen/ Gesprächsanlass

--

### Problemaakzeptanz

Sehen die Personensorgeberechtigten selbst eine Gefahr?

**Elternteil 1**     Ja                       Nein                       weiß nicht

**Elternteil 2**     Ja                       Nein                       weiß nicht

## Reaktionen

Wie haben die Personensorgeberechtigten auf die Schilderung der Kindeswohlgefährdung reagiert?

Sie stimmen zu/  
es ist ihnen bekannt.

Sie lehnen ab/  
es ist ihnen nicht  
bekannt.

Sie haben eine andere  
Auffassung.

### Aussagen/Wahrnehmung der Sorgeberechtigten:

## Hilfeakzeptanz

Sind die Personensorgeberechtigten bereit ein Hilfsangebot anzunehmen?

**Elternteil 1**

Ja

Nein

vielleicht

**Elternteil 2**

Ja

Nein

vielleicht

## Hilfsmaßnahmen

Konnten mit den Personensorgeberechtigten konkrete Maßnahmen vereinbart werden?

Ja

Nein

Wenn ja, welche Maßnahmen wurden vereinbart?

Maßnahme	Verantwortliche	Termin

Wenn nein, warum wurden keine Maßnahmen vereinbart?

Erläuterung/Begründung:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Träger/Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Fachkraft: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Personensorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Im späteren Verlauf auszufüllen:

**Wurden die vereinbarten Maßnahmen eingehalten? In welchem Zeitraum?**

**Kindeswohlgefährdung:**

abgewendet       besteht fort

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Träger/Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Fachkraft: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Personensorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Übergabe der Dokumentation an den ASD**

Ja       Nein

Übergabedatum: \_\_\_\_\_

Name ASD  
Mitarbeiter\*in: \_\_\_\_\_