**D o k u m e n t a t i o n B e r e i t s c h a f t s p f l e g e**

**V e r l a u f s b o g e n**

**( A l t e r 0 - 3 )**

**D e n B o g e n a l l e 3 M o n a t e a u s f ü l l e n[[1]](#endnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Allgemeine Angaben** | |
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Bereitschaftspflegefamilie |  |
| Gewicht bei Dokumentation |  |
| Körpergröße bei  Dokumentation |  |
| Kopfumfang bei  Dokumentation |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. Gesundheitszustand des Kindes** | | | **Ergänzungen** |
| Ja | Nein |  | |
|  |  | Vorstellung beim Kinderarzt  Wenn ja, wann? |  |
|  |  | Bestehen beim Kind medizinische  Auffälligkeiten?  Wenn ja, welche? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Hat der Arzt eine Überweisung für eine zusätzliche Diagnostik (SPZ o.ä.) ausgestellt?  Wenn ja, welche?  Wann ist der Erstkontakt? |  |
| **Bitte legen Sie alle vorhandenen Arztberichte und Diagnostikberichte dem Dokumentationsbogen bei. Danke** | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Beobachtungen am Kind** | | | | | |
| **Seelisches Befinden** | **ständig** | **Oft/ viel** | **Selten/ kaum** | **Gar nicht** | **Ergänzungen** |
| Weint |  |  |  |  |  |
| Verschlossen |  |  |  |  |  |
| Apathisch |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Essverhalten** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Dem Alter entsprechend |  |  |  |
| Gierig |  |  |  |
| Verweigerung |  |  |  |
| Hamstern/ Essen horten |  |  |  |
| Kennt wenige Nahrungsmittel |  |  |  |
| Versorgt sich selbst |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schlafverhalten** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Schläft durch |  |  |  |
| Schläft viel |  |  |  |
| Schläft unruhig |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hat Albträume |  |  |  |
| Lässt sich beruhigen |  |  |  |
| Schlaf-/ wach Rhythmus erkennbar |  |  |  |
| Zeigt sich ängstlich/ verstört |  |  |  |
| Zeigt sich entspannt/ lässt sich gut ein |  |  |  |
| Kennt das Kind Schlafrituale |  |  |  |
| Beschreiben Sie das Einschlafverhalten |  | | |
| Beschreiben Sie das Aufwachverhalten |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Reinlichkeitsverhalten/ Körperhygiene** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Trägt Windeln |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Auffälligkeiten beim Wickeln |  |  |  |
| Zeigt hohes Autonomiebestreben bei der  Körperhygiene  (Kind lässt sich nicht versorgen) |  |  |  |
| Zeigt hohes Schamgefühl beim An- und  Umziehen |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sprachliche Entwicklung** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Dem Alter entsprechend entwickelt |  |  |  |
| Was fällt Ihnen an der Sprachentwicklung  des Kindes auf?  (Verzögert, lautiert, spricht u.ä.) |  | | |
| Wie viele Wörter spricht das Kind, wie  beurteilen Sie den Wortschatz? |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bindungs- und Beziehungsverhalten** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Distanzlos |  |  |  |
| Beziehungen zu Erwachsenen sind  austauschbar |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wut auf Erwachsene (oder Kinder in der  Familie, wenn vorhanden) |  |  |  |
| Stark angepasst |  |  |  |
| Vermeidet Kontakt |  |  |  |
| Autonom (will im Alltag alles alleine regeln,  lässt sich nicht helfen u.ä.) |  |  |  |
| Macht sich das Kind mit seinen  Bedürfnissen bemerkbar? |  |  |  |
| Angst vor Erwachsenen  (auf ein bestimmtes Geschlecht mehr) |  |  |  |
| Was fällt Ihnen im Beziehungsverhalten des  Kindes auf? |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Motorische Entwicklung** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Dem Alter entsprechend |  |  |  |
| Nehmen Sie körperliche Einschränkungen/  Auffälligkeiten wahr? |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Was fällt Ihnen in der körperlichen/  motorischen Entwicklung des Kindes auf? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sozialverhalten** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Geht das Kind seinem Alter entsprechend  in Kontakt mit anderen Kindern? |  |  |  |
| Kann das Kind mit anderen Kindern  gemeinsam Spielen? |  |  |  |
| Zeigt sich das Kind aggressiv oder  bestimmend anderen Kindern ggü.? |  |  |  |
| Zeigt sich das Kind aggressiv ggü. Tieren? |  |  |  |
| Ist das Kind bei anderen Kindern beliebtes  Kind? |  |  |  |
| Was fällt Ihnen zum Sozialverhalten des  Kindes noch ein? |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Konzentrationsleistung und**  **Spielverhalten** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Zeigt sich das Kind seinem Alter  entsprechend in seiner Konzentration bzw. seinem Spielverhalten bzw. erkundet es seine Umgebung? |  |  |  |
| Kann das Kind sich beschäftigen ohne eine  Präsenz eines Erwachsenen zu haben? |  |  |  |
| Verweigert das Kind Anforderungen durch  Erwachsene? |  |  |  |
| Kennt das Kind ausschließlich  Beschäftigung durch Medien?  (PC, Fernseher, Spielkonsole, Handy u.ä.) |  |  |  |
| Zeigt sich das Kind schnell mit sich selbst  unzufrieden und ungeduldig? |  |  |  |
| Spielt das Kind ausdauernd und intensiv? |  |  |  |
| Kennt es das Kind, dass Erwachsene sich  mit ihm im Spiel beschäftigen? |  |  |  |
| Mit welchen Spielmaterialien bzw. Spielen  beschäftigt sich das Kind? (Rollenspiele, Konstruktionsspielzeug, Gesellschaftsspiele, Puppen u.ä.) |  | | |
| Was fällt Ihnen am Spielverhalten und der  Konzentrationsleistung des Kindes auf? |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. Herkunftsarbeit** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Sind Reaktionen nach den  Umgangskontakten zu beobachten? |  |  |  |
| Nehmen Sie verändertes Verhalten beim  Kind während der Umgänge wahr? |  |  |  |
| Redet das Kind von seinen Eltern/ seiner  Familie? |  |  |  |
| Was fällt Ihnen in Bezug auf die  Herkunftsfamilie des Kindes auf? |  | | |
| Was fällt Ihnen im Verhalten des Kindes  ggü. seinen Eltern bzw. im Verhalten der  Eltern ggü. dem Kind auf? |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. Perspektivklärung für das Kind**  **und seine Familie** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Würden Sie eine Rückführung des Kindes  aus Ihrer Sicht empfehlen? |  |  |  |
| Was aus Ihrer Sicht sollte im Besonderen  während der Perspektiventwicklung geklärt werden? |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Was aus Ihrer Sicht möchten Sie für die  Perspektive des Kindes empfehlen? |  |

Ausgefüllt am Ausgefüllt am

Unterschrift Bereitschaftspflegemutter Unterschrift Bereitschaftspflegevater

1. Das Formular wurde freundlicherweise vom SKF Ibbenbüren zur Verfügung gestellt [↑](#endnote-ref-1)