**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 beiDokumentation |  |
| Kopfumfang beiDokumentation |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Gesundheitszustand des Kindes** | **Ergänzungen** |
| Ja | Nein |  |
|  |  | Vorstellung beim KinderarztWenn ja, wann? |  |
|  |  | Bestehen beim Kind medizinischeAuffälligkeiten?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 derKörperhygiene(Kind lässt sich nicht versorgen) |  |  |  |
| Zeigt hohes Schamgefühl beim An- undUmziehen |  |  |  |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wut auf Erwachsene (oder Kinder in derFamilie, wenn vorhanden) |  |  |  |
| Stark angepasst |  |  |  |
| Vermeidet Kontakt |  |  |  |
| Autonom (will im Alltag alles alleine regeln,lässt sich nicht helfen u.ä.) |  |  |  |
| Macht sich das Kind mit seinenBedürfnissen bemerkbar? |  |  |  |
| Angst vor Erwachsenen(auf ein bestimmtes Geschlecht mehr) |  |  |  |
| Was fällt Ihnen im Beziehungsverhalten desKindes 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 entsprechendin Kontakt mit anderen Kindern? |  |  |  |
| Kann das Kind mit anderen Kinderngemeinsam Spielen? |  |  |  |
| Zeigt sich das Kind aggressiv oderbestimmend anderen Kindern ggü.? |  |  |  |
| Zeigt sich das Kind aggressiv ggü. Tieren? |  |  |  |
| Ist das Kind bei anderen Kindern beliebtesKind? |  |  |  |
| Was fällt Ihnen zum Sozialverhalten desKindes noch ein? |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Konzentrationsleistung und****Spielverhalten** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Zeigt sich das Kind seinem Alterentsprechend in seiner Konzentration bzw. seinem Spielverhalten bzw. erkundet es seine Umgebung? |  |  |  |
| Kann das Kind sich beschäftigen ohne einePräsenz eines Erwachsenen zu haben? |  |  |  |
| Verweigert das Kind Anforderungen durchErwachsene? |  |  |  |
| Kennt das Kind ausschließlichBeschäftigung durch Medien?(PC, Fernseher, Spielkonsole, Handy u.ä.) |  |  |  |
| Zeigt sich das Kind schnell mit sich selbstunzufrieden und ungeduldig? |  |  |  |
| Spielt das Kind ausdauernd und intensiv? |  |  |  |
| Kennt es das Kind, dass Erwachsene sichmit ihm im Spiel beschäftigen? |  |  |  |
| Mit welchen Spielmaterialien bzw. Spielenbeschäftigt sich das Kind? (Rollenspiele, Konstruktionsspielzeug, Gesellschaftsspiele, Puppen u.ä.) |  |
| Was fällt Ihnen am Spielverhalten und derKonzentrationsleistung des Kindes auf?  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. Herkunftsarbeit** | **Ja** | **Nein** | **Ergänzungen** |
| Sind Reaktionen nach denUmgangskontakten zu beobachten? |  |  |  |
| Nehmen Sie verändertes Verhalten beimKind während der Umgänge wahr? |  |  |  |
| Redet das Kind von seinen Eltern/ seinerFamilie? |  |  |  |
| Was fällt Ihnen in Bezug auf dieHerkunftsfamilie des Kindes auf? |  |
| Was fällt Ihnen im Verhalten des Kindesggü. seinen Eltern bzw. im Verhalten derEltern ggü. dem Kind auf? |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Was aus Ihrer Sicht möchten Sie für diePerspektive 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)