

Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung aus der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis

Datum der Meldung : (per Fax gemeldet)	Uhrzeit:
--	-----------------

Meldeperson <input type="checkbox"/> Ärztliche / <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Praxis Name, Vorname: Telefon/E-Mail:

Für den/die gefährdete(n) Minderjährige(n): <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich - Name, Vorname.....Geb.-Datum:..... kann die Gefährdung des Kindeswohls nicht ausgeschlossen werden.
--

Alltäglicher Lebensort des/der Minderjährigen: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> sonstige Vorname, Name: Adresse: Telefon/Fax/E-Mail: gegenwärtiger Aufenthalt des/der Minderjährigen:

Kurzschilderung des Sachverhalts / Vorkommnisses / der Problemstellung:
--

Von der Meldeperson wurden/werden weitere Dienste oder Institutionen informiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche Institution:

Die Eltern wurden über die Mitteilung in Kenntnis gesetzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, kurze Begründung:
--

Eingangsbestätigung durch den Mitarbeiter/-in Jugendamt per Fax/Mail

Ich bestätigte den Eingang Ihrer Meldung am _____ um _____ Uhr

Name des zuständigen Mitarbeiters/-in Jugendamt: _____

Unterschrift: _____