

Anlage II zum TOP 3.3



Hennef
DER BÜRGERMEISTER

Amt 51/511

Amt für Kinder, Jugend und

Familie

Muster

Dokumentation von Hausbesuchen

Mitarbeiterin:

Datum:

Name der Familie: _____
 Straße; Vorort/Stadtteil ggf. Tel. Nr. _____
 Zuständiger ASD Mitarbeiter/in: _____

Grundversorgung und Schutz des Kindes/für 0 bis 14 Jährige

Sicherung der Grundversorgung	Beschreibung	Bewertung
<u>Ernährung / Lebensmittel</u> <u>Vorhanden:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>ausreichend:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>ausgewogen / gesund:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>Wird gekocht:</u> Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> selten / Dosen <input type="checkbox"/> nie / Fastfood <input type="checkbox"/>
<u>Schlafplatz für Kinder</u> <u>Vorhanden:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>Kissen:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>Decke:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>Bezogen:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>In welchem Zustand:</u> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/>
<u>Wäsche / Kleidung</u> <u>vorhanden</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>Wetterangemessen:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>Kleidung passt:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>In welchem Zustand:</u> gut / sauber <input type="checkbox"/> mittel / geht so <input type="checkbox"/> schlecht / dreckig / riecht <input type="checkbox"/>
<u>Kochmöglichkeit vorhanden:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>Küchengeräte vorhanden:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>Zustand der Küche:</u> gut / sauber <input type="checkbox"/> mittel / geht so <input type="checkbox"/> schlecht / unhygienisch <input type="checkbox"/>
<u>Badezimmer vorhanden:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>Hygieneartikel vorhanden:</u> (Zahnbürste, Shampoo...) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>Zustand des Badezimmers:</u> gut / sauber <input type="checkbox"/> mittel / geht so <input type="checkbox"/> schlecht / unhygienisch <input type="checkbox"/>
<u>Gefahrenquellen:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Flur: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schlafz.: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Küche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kinderz.: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Badez.: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Kann die Gefahrenquelle mit / ohne die Familie beseitigt werden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Welche Absprachen / Vereinbarungen gab es heute:	<u>Welche Absprachen / Vereinbarungen gibt es zum nächsten Termin:</u>	<u>Nächster Termin:</u>