

! EILT !

Bitte Empfänger ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	Stadt Burgdorf, Jugendamt
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt	
Ort: Burgdorf	PLZ: 31303
Straße: Rolandstraße	Hausnummer: 13
Fax: 0 51 36 / 8 98 - 3 12	

<input type="checkbox"/>	Stadt Hannover, Kommunaler Sozialdienst
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt	
Ort: Hannover	PLZ: 30449
Straße: Blumenauer Str.	Hausnummer: 7
Fax: 05 11 / 1 68 – 4 49 32	

<input type="checkbox"/>	Stadt Laatzen, Team Kinder, Jugend, Familie, Senioren und Soziale Sicherung
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt	
Ort: Laatzen	PLZ: 30880
Straße: Marktplatz	Hausnummer: 13
Fax: 05 11 / 82 05 – 5199	

<input type="checkbox"/>	Stadt Langenhagen, Fachbereich Jugend, Familie und Soziales
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt	
Ort: Langenhagen	PLZ: 30853
Straße: Schützenstraße	Hausnummer: 2
Fax: 05 11 / 73 07 – 97 38	

<input type="checkbox"/>	Stadt Lehrte, Jugend- und Sozialamt
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt	
Ort: Lehrte	PLZ: 31275
Straße: Gartenstraße	Hausnummer: 5
Fax: 0 51 32 / 50 51 50	

<input type="checkbox"/>	Jugendhilfestation Barsinghausen (für Gehrden, Wennigsen und Barsinghausen)
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt	
Ort: Barsinghausen	PLZ: 30890
Straße: Gurkenstraße	Hausnummer: 3
Fax: 0 511 / 616 28 100	

<input type="checkbox"/>	Jugendhilfestation Burgwedel (für Wedemark, Burgwedel, Isernhagen und Uetze)	
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt		
Ort: Burgwedel		PLZ: 30938
Straße: Ehlbeek		Hausnummer: 3
Fax: 0 511 / 616 27 760		

<input type="checkbox"/>	Jugendhilfestation Garbsen (für Garbsen)	
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt		
Ort: Garbsen		PLZ: 30823
Straße: Planetenring		Hausnummer: 37
Fax: 0 511 / 616 260 30		

<input type="checkbox"/>	Jugendhilfestation Neustadt (für Wunstorf und Neustadt)	
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt		
Ort: Neustadt		PLZ: 31535
Straße: Schillerstraße		Hausnummer: 2
Fax: 0 511 / 616 -112 5200		

<input type="checkbox"/>	Jugendhilfestation Ronnenberg (für Seelze, Ronnenberg, Sehnde und Hemmingen)	
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt		
Ort: Ronnenberg		PLZ: 30952
Straße: Ronnenberger Str.		Hausnummer: 22
Fax: 05 11 / 6 16 – 23 322		

<input type="checkbox"/>	Jugendhilfestation Springe (für Springe und Pattensen)	
z.H. Leitung oder Vertretung im Amt		
Ort: Springe		PLZ: 31832
Straße: Fünfhausenstr.		Hausnummer: 6
Fax: 0 511 / 616 - 2 31 01		

Empfangsbestätigung

An:

Träger / Einrichtung:	
Ansprechpartner:	
Ort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Fax:	

über den Erhalt der Mitteilung nach § 8a SGB VIII betr.:

Name:

geb. am _____,

wohnhaft:

_____.

Ihr Schriftstück vom _____ habe ich heute erhalten und bestätige dieses durch die nachstehende eigenhändige Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Mitteilungsbogen zur Dokumentation einer Kindeswohlgefährdung

Träger / Einrichtung:	
Ansprechpartner:	
Ort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	Fax:

Personalien:

Betroffenes Kind	
Name:	Vorname:
Geb.:	in:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	E-Mail:

Kindesmutter	sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name:	Vorname:
Geb.:	in:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	E-Mail:

Kindesvater	sorgeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name:	Vorname:
Geb.:	in:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	E-Mail:

Stiefelternteil / Partner / Großeltern / Pflegeeltern	
Name:	Vorname:
Geb.:	in:
Wohnort:	PLZ:
Straße:	Hausnummer:
Tel.:	E-Mail:

Mitteilungsbogen zur Dokumentation einer Kindeswohlgefährdung
 Region Hannover
 Stand November 2022

Wurde mit dem / den Erziehungsbe- rechtigten über die Beobachtungen ge- sprochen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
Wurde ein Hausbesuch durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
Mit wem wurde gesprochen?		
Beobachtungen / Anmerkungen:		

Wurde das Kind / der Jugendliche beteiligt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
Ergebnis der Beteiligung?		
.....		

Ansprechpartner:	
Wurde Kontakt zu weiteren Fachkräften / Ärzten aufgenom- men?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, zu wem?	1. 2. 3.

Wurde eine Kinderschutzfachkraft entsprechend § 8b SGB VIII oder § 4 KKG hinzugezogen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-------------------------------

An Maßnahmen wurden bislang eingeleitet:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche weiteren Maßnahmen werden für erforderlich gehalten?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel