



# Dokumentation der **KINDERSCHUTZGRUPPE**

Name des Kindes: .....

Geburtsdatum: .....

**Zuweisungsdiagnose:** .....

## Familie:

Sozialstatus der Eltern:                      KM:                      KV:

**I:** Akademische Berufe

**III M:** Facharbeiter mit manueller Tätigkeit

**II:** Leitende Angestellte

**IV:** Minderqualifizierte Arbeiter

**III N:** Qualifizierte Angestellte mit nicht-manueller Tätigkeit

**V:** Ungelernte Arbeiter

Soziale Risikofaktoren (siehe Achse V MAS / ICD 10, siehe Leitfaden KSG)

## Zur Vorgeschichte:

Beschreibung der Betroffenen: .....

.....

Situation auf den ersten Blick (Aufnahme): .....

.....

Medizinische Aufnahmediagnose: .....

.....

.....

## Wie kam es zur Zuweisungsdiagnose?

- Diskrepanz Anamnese - Symptommuster
- Symptomatologie
- Hinweise von Schwestern / Personal
- Hinweise von außen (JW, Polizei, Nachbar, ...)

## Gegen wen richtet sich der Verdacht?

Nahe Angehörige § 54 ÄrzteG, Absatz 5, 2. Satz i.d.g.F.

- Mutter / Stiefmutter
- Vater / Stiefvater
- Sonstige nahe Angehörige: .....

Sonstige Personen:

- Fremder                                       Freundeskreis
- Arbeitskollege/in                       Schulkollege/in
- Andere:

.....

.....

**Klinisches Bild:**

Symptome: möglichst genaue Beschreibung, ganzheitlich (gesundheitliche Situation, psychische Verfassung, ...) (Siehe Piktogramm / Zuweisungsformular)

.....  
.....  
.....

**Symptommuster in Bezug auf Zuweisungsdiagnose (mehrere Kategorien möglich):**

- Pädiatrisch - internistisch (z. B. Gedeihstörung)
- Dermatologisch (Condylomata, Dellwarzen, thermische Schäden, ...)
- Gynäkologisch (Verletzungen, Perforation, Bakt., DNA)
- Traumatologisch (Weichteiltrauma, Frakturen, Hämatome, Schürfwunden, ...)
- Neurologisch (Anfälle, Blutungen, Bewusstseinsstörung ...)
- Psychiatrisch (Suizidversuch, Depression, Bewusstseinsveränderung, ...)
- Entwicklungsrückstand     Erworben     Angeboren
- Sonstige: .....

**Durchgeführte Untersuchungen:**

Datum: .....

MRI: ..... Datum: .....

CT: ..... Datum: .....

Röntgen: ..... Datum: .....

Ultraschall: ..... Datum: .....

Scan: ..... Datum: .....

Gynäkologische Untersuchung: ..... Datum: .....

Augenhintergrund: ..... Datum: .....

Konsile / welche: ..... Datum: .....

Psychologische Diagnostik: .....

Fotodokumentation: welche: .....

wo (CD): .....

**Ergebnisse und Bewertung der erhobenen Befunde im Sinne der Zuweisungsdiagnose:**

Ergebnis vom: .....

Ergebnis vom: .....

Ergebnis vom: .....

**Beurteilung durch die KSG / Datum**

**Bewertung des Verdachts auf:**

- Körperliche Misshandlung
- Sexueller Missbrauch
- Vernachlässigung
- Seelische Misshandlung
- Münchhausen-by-proxy
- Andere Diagnose:

Verdacht  
wahrscheinlich

- 
- 
- 
- 
- 
- 

Verdacht  
unwahrscheinlich

- 
- 
- 
- 
- 
- 

Verdacht  
bleibt offen

- 
- 
- 
- 
- 
- 

Welche: .....

- Einmaliges Ereignis
- Ausmaß der Traumatisierung

wiederholte Ereignisse

- Körperlich:     leicht       mittel       schwer
- Seelisch:       leicht       mittel       schwer

**Maßnahmen / Empfehlung der KSG:**

- Gespräch mit Betroffenen / anwesend: .....
- Konfrontationsgespräch / anwesend: .....
- Gespräch mit sonstigen Einbezogenen: .....
- Weitere Befunderhebung / welche, wer: .....
- Weitere Anamneseerhebung (inkl. JW, ...) / anwesend: .....
- Keine weiteren Maßnahmen

**Zusammenfassende Beurteilung der KSG / Datum:** ..... in KG

**Arztbrief / Datum:** ..... in KSG Dokumentation

Besprechung vom: .....

Besprechung vom: .....

Besprechung vom: .....

Datum / Unterschrift: .....