

Angaben zur/zum KlientIn:

alleinerziehend
 Migrationshintergrund
 Flüchtling

 → wenn ja →

 Name, Vorname

 Geburtsdatum (falls vorhanden)

 VET/SSW

 Wohnort

 Straße

 Telefon

 Mobil

Angaben zum Kind:

 Geburtsdatum des Kindes

 Geschlecht

 Name, Vorname

Betreuende Hebamme bis zur 8. Lebenswoche

Datum

Selbstmelder

Meldende Institution/Person

Telefon

E-Mail

Gründe der Bedarfsanzeige (kurze Beschreibung):

Sind die Eltern über die Meldung bei Familienhebammendienst informiert worden?

Sind aktuell bereits unterstützende Maßnahmen in der Familie installiert worden?

Wenn ja, welche und seit wann?

Maßnahme	seit	Ansprechpartner/in
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Aufgeklärt gem. Informationspflicht nach Art. 13 DSGVO:

(Wird von der Koordinationsstelle ausgefüllt)

Code-Nr.

Aufnahme durch

Weiterleitung am

Zuständige Familienhebamme

Einsatz ab
