

**Angaben zur/zum KlientIn:**  alleinerziehend  Migrationhintergrund  Flüchtling  
 → wenn ja →

Name, Vorname  Geburtsdatum (falls vorhanden)  VET/SSW

Wohnort  Straße

(Adressenvermerk)

Telefon  Mobil

**Angaben zum/zur Partner/in o.ä.:**

Name, Vorname  Geburtsdatum (falls vorhande)  Tel./Mobil

**Angaben zum Kind:**

Geburtsdatum des Kindes  Geschlecht  Name, Vorname

Betreuende Hebamme bis zur 8. Lebenswoche

**Selbstmelder**  Datum

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Aufgeklärt gem. Informationspflicht nach Art. 13 DSGVO:**

(Wird von der Koordinationsstelle ausgefüllt)  Code-Nr.

Aufnahme durch  Weiterleitung am  Zuständige Familienhebamme

Einsatz ab