



## Deckblatt

**Name bzw. Patienten-Aufkleber:**

\_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Diagnose:

DRG:

OPS:

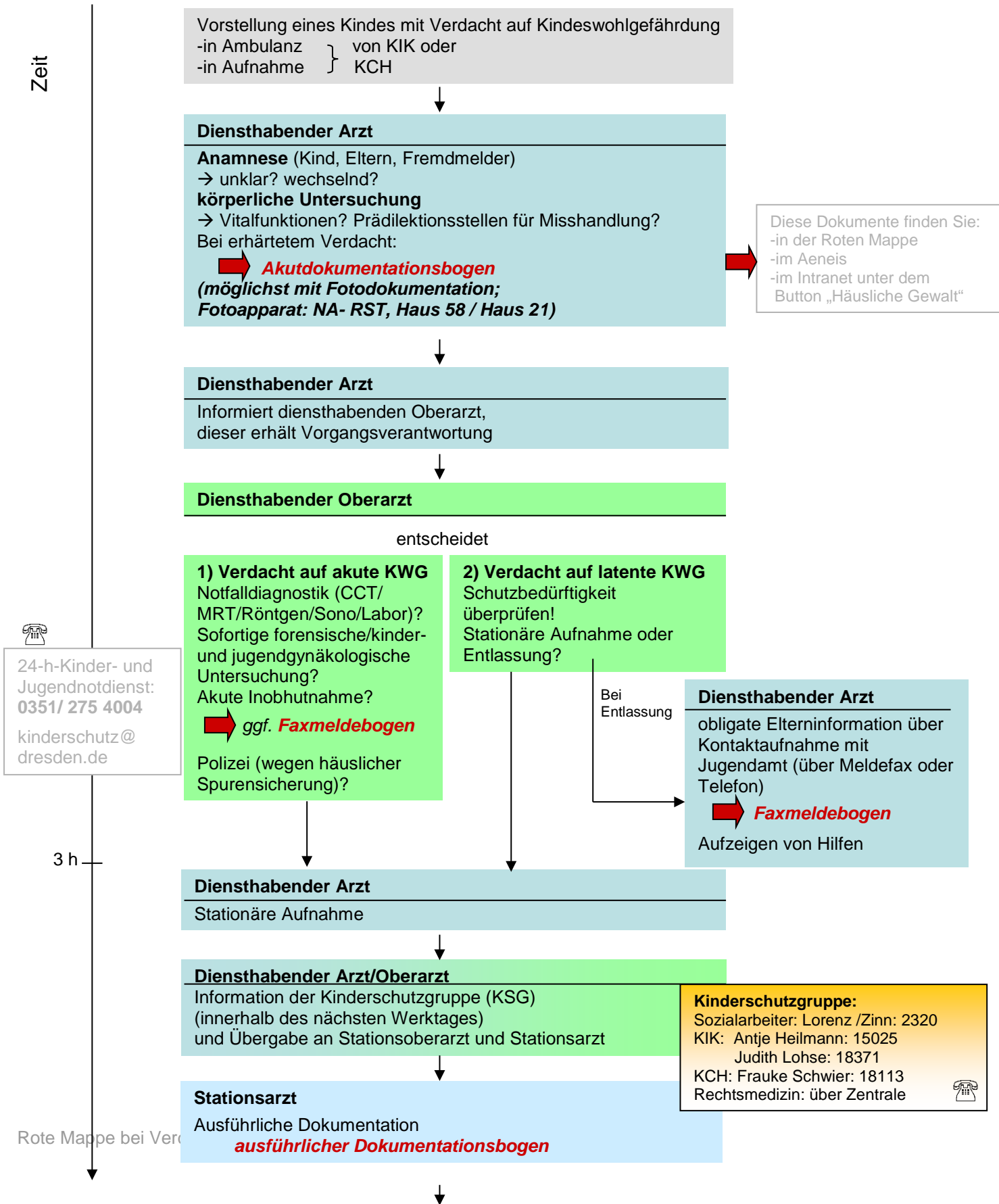


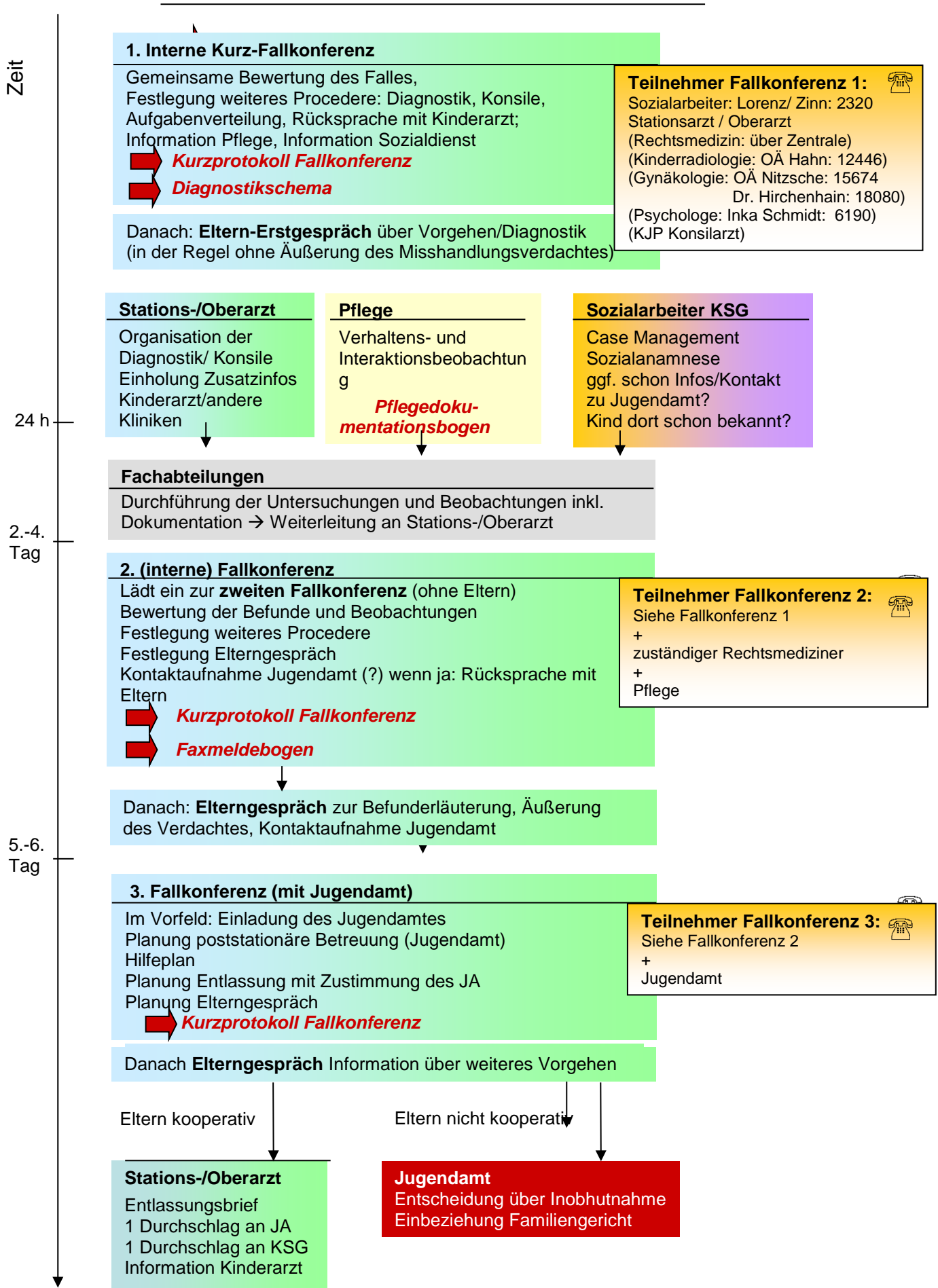
## Inhaltsverzeichnis:

Deckblatt	S. 1
Ablaufschema mit Ansprechpartnern	S. 3-4
Dokumentationsbogen Akutvorstellung	S. 5-6
Meldebogen an das Jugendamt (zur Meldung eines Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung beim Jugendamt Dresden)	S. 7-8
Ausführlicher Dokumentationsbogen (ausführliche Anamnese)	S. 9-12
Extra-Verhaltensfragebogen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch	S. 13
Diagnostikschema	S. 14
Rechtsmedizinische Vorstellung	S. 15
Kurzprotokoll Fallkonferenz (3x)	S. 17-18
Pflegerische Dokumentation 1 (Basis)	S. 19-20
Pflegerische Dokumentation 2 (Besucherverzeichnis)	S. 21
Notizen	S. 22
Entlassplanung - Checkliste	S. 16
Einwilligungserklärungen (Körperliche Untersuchung (einschließlich Fotodokumentation), Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt)	S. 23-24
Elterngespräche	S. 25

# Klinischer Pfad bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

## Universitätsklinikum Dresden: Kinderklinik und Kinderchirurgie







## Dokumentationsbogen Akutvorstellung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

### Patientenangaben:

Name:  
Geburtsdatum:  
Adresse:

### Angaben zum Untersucher:

Name:  
Datum:  
Uhrzeit:  
Ort der Untersuchung:  
Anwesende Personen:

### Sorgeberechtigte:

- nur Mutter     nur Vater     beide Elternteile gemeinsam     Amtsvormund  
 unbekannt     Sonstige (bitte benennen) \_\_\_\_\_

### Vorstellungsgrund/ Unfallhergang (Stichworte)

### Allgemeinzustand:

- gut     eingeschränkt: \_\_\_\_\_  
Glasgow ComaScale: \_\_\_\_

### Ernährungszustand:

- gut     dystroph     adipös

**KG:** \_\_\_\_ kg ( \_\_\_\_ . Perzentile = \_\_\_\_ SD)

**KL:** \_\_\_\_ cm ( \_\_\_\_ . Perzentile = \_\_\_\_ SD)

**KU:** \_\_\_\_ cm ( \_\_\_\_ . Perzentile = \_\_\_\_ SD)

**BMI:** \_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> ( \_\_\_\_ . Perzentile = \_\_\_\_ SD)

### Pflegezustand:

- gepflegt     ungepflegt  
inwiefern? \_\_\_\_\_

z. B. Geruch, Kleidung,  
Körperverschmutzung, etc.

### Zahnstatus:

- unauffällig     Karies     Trauma

### Verhalten und psychisches Befinden

z. B. freundlich, kooperativ,  
abwehrend, distanzgemindert,  
verängstigt, schüchtern etc.

### Entwicklungsbesonderheiten:

- nein     ja,  
welche? \_\_\_\_\_

z. B. nichtaltersgerechte Spra-  
che, Kognition, Statomotorik

### Besonderheiten bei der klinischen Untersuchung:

- nein     ja,  
welche? \_\_\_\_\_

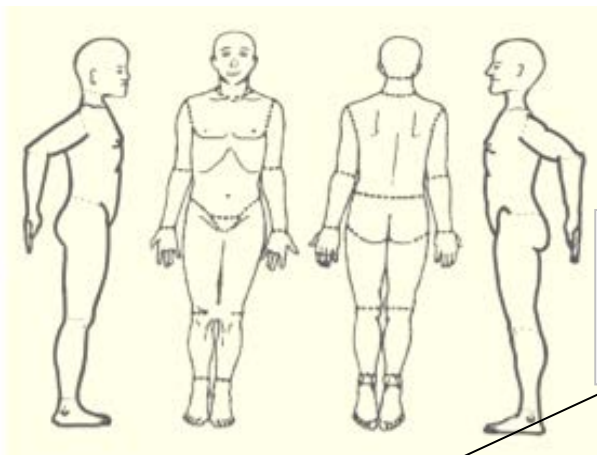
**Verdacht auf nichtakzidentellen Mechanismus?**

- Anamnese (für Unfallhergang) inadäquat/fehlend/wechselnd (evtl. gesondert erläutern)
- multiple Hämatome
  - + verschiedene Farben (CAVE: Lokalisation)
  - + ungewöhnliche Lokalisation
- Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
- Prädilektionsstelle (retroaurikulär, Lippen/Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
- Immersionsverbrennung (d.h. „Handschuh-/Strumpfmuster“, fehlende Spritzer, Lokalisation)
- Kontaktverbrennung (spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)

**Anogenitale Untersuchung:**

- inspektorisch unauffällig
- auffällig: \_\_\_\_\_
- nicht untersucht
- weitere Diagnostik notwendig

**Dokumentation**



Hinweis:  
Verletzungen ins Körperschema eintragen. Ziffern vergeben, Einzelheiten in der Tabelle vermerken. Mehrfachnennung möglich (Hämatom mit Kratzer). Fotodokumentation anstreben.

Fotodokumentation (mit Messhilfe) erfolgt?

- ja
- nein

**Verletzungsarten:**

- A:** Hämatom
- B:** Platzwunde
- C:** Thermische Wunde
- D:** Bisswunde
- E:** Schnittwunde
- F:** Stichwunde
- G:** Kratzer
- H:** Fraktur(verdacht)
- J:** Schürfwunde
- K:** Sonstiges:.....

z. B. Blutung, Schwellung, Abdrücke (Formung), petechiale Stauungsblutung

Ziffer	Art (s. Kasten)	Größe	Charakteristika (Form, Farbe), Besonderheiten, Schmerz
1			
2			
3			
4			
5			
6			

**Weiteres Procedere:**

**- Schutzbedürfnis des Kindes /des Jugendlichen prüfen!**

- Gespräch mit den Sorgeberechtigten über mögliche Hilfsangebote  ja  nein
- Kind/Jugendliche/r geht  nach Hause  \_\_\_\_\_
- Wiedereinbestellung vereinbart  ja (Termin: \_\_\_\_\_)  nein
- Überweisung veranlasst  ja (wohin: \_\_\_\_\_)  nein
- Hinzuziehung „insoweit erfahrene Fachkraft“ (Fachkräfteliste)  ja  nein
- Info Jugendamt (nach Rücksprache mit Eltern)  ja (Ansprechpartner: \_\_\_\_\_)  nein
- Info Gesundheitsamt  ja (Ansprechpartner: \_\_\_\_\_)  nein

\_\_\_\_\_  
Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin  
(immer auch in Druckschrift + Tel.)

## Meldebogen an das Jugendamt bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gem. § 8a SGB VIII für ärztliches Personal

Kinderschutznotruf – 24 Stunden  
Fax – 24 Stunden  
Email:

0351 / 275 40 04  
0351/ 488 99 47 23  
kinderschutz@dresden.de

Bei akuter Gefahr und sofortigem Handlungsbedarf bitte immer telefonisch!

Datum:

Uhrzeit:

Ist bereits eine telefonische Meldung beim Jugendamt erfolgt?

ja, am:

um:

Kontaktperson beim Jugendamt:

Telefon:

Fax:

Klinik/Institution/Name des Melders:

Sitz/Station/Adresse:

Ansprechperson:

Telefon:

Fax:

Mail: kinderschutzgruppe@uniklinikum-dresden.de

Name des Kindes:

Geschlecht: ♀  ♂

Geburtsdatum:

Aktueller Aufenthaltsort des Kindes mit Adresse:

Erziehungsberechtigter/Amtsvormund:

Mutter

Vater

beide Elternteile

Amtsvormund

unbekannt

Sonstige \_\_\_\_\_

Nähere Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

Telefon:

Telefon:

Wurden die Sorgeberechtigten über die Meldung informiert?

ja (empfohlen!)

nein, weil .....

.....

---

**Familiensituation**

Anzahl Geschwister:

Kind lebt bei  den Eltern  Mutter / ...  Vater / ...  Sonstige: ...

---

**Ambulante Vorstellung am:**

**Stationäre Aufnahme seit dem:**

---

**Einschätzung zum Entwicklungsstand des Kindes:**

**Einschätzung zum Pflegezustand des Kindes:**

---

**Begründung des Verdachtes der Kindeswohlgefährdung:**

---

**sonstige Hinweise** (z. B. Zeugen, minderjährige Eltern, familiengerichtliche Entscheidung angefragt, Strafanzeige gestellt, relevante Äußerungen des Kindes):

---

Datum

---

Unterschrift / Stempel





## Ausführliche Dokumentation bei Verdacht auf nichtakzidentelles Trauma

### Patientenangaben:

Name:  
Geburtsdatum:  
Männlich/weiblich:

### Angaben zum Untersucher:

Name:  
Datum:

**1. Vorstellung** am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_ Uhr Ort: \_\_\_\_\_

**Anwesend** (außer dem Kind):  Mutter  Vater  Andere: \_\_\_\_\_

**Anlass** (Stichworte): \_\_\_\_\_

**Kinder/Hausarzt:** \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Wer ist bisher zuständig/involvert:**  Niemand

Jugendamt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Beratungsstelle: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Kripo: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Sonstige (Familienhilfe o. ä.): \_\_\_\_\_

### 2. Orientierende Sozialanamnese

Eltern leben zusammen

Eltern leben getrennt

Eltern geschieden (seit: \_\_\_\_\_)

Neuer Lebenspartner

**Alter** Mutter: \_\_\_\_\_

**Alter** Vater: \_\_\_\_\_

**Beruf** Mutter: \_\_\_\_\_ aktuell berufstätig?  Nein  Ja, als \_\_\_\_\_

**Beruf** Vater/Partner: \_\_\_\_\_ aktuell berufstätig?  Nein  Ja, als \_\_\_\_\_

**Geschwister:** (leben in der Familie:  Ja  Nein; Erkrankungen)

1. m/w Alter: \_\_\_\_\_ Erkr.: \_\_\_\_\_ 4. m/w Alter: \_\_\_\_\_ Erkr.: \_\_\_\_\_

2. m/w Alter: \_\_\_\_\_ Erkr.: \_\_\_\_\_ 5. m/w Alter: \_\_\_\_\_ Erkr.: \_\_\_\_\_

3. m/w Alter: \_\_\_\_\_ Erkr.: \_\_\_\_\_ 6. m/w Alter: \_\_\_\_\_ Erkr.: \_\_\_\_\_

Bekannte **familiäre Konflikte/Belastungssituationen?**  Nein

Ja: \_\_\_\_\_

### 3. Familienanamnese:

Bekannte Erkrankungen: Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Sonstige Familie: \_\_\_\_\_

Bekannte Blutgerinnungsstörungen: Hämophilie oder andere?

Blutungsneigung: starke Menstruation od. Menorrhagie bei Mutter/anderen weiblichen Verwandten?

Hämatomeigung, Nasenbluten, Zahnfleischbluten, Nachblutung nach Bagatellverletzung?

Unklare (operative) Todesfälle/Verbluten?

Bekannte Knochenerkrankungen -deformitäten?

Vermehrte Frakturen, blaue Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit?

Ethnische Zugehörigkeit: Hautbefunde (Mongolenfleck), volksheilkundliche Praktiken?

#### 4. Eigenanamnese des Kindes /Jugendlichen

Schwangerschaft:  unauffällig  auffällig: \_\_\_\_\_

Neugeborenenperiode:  unauffällig  auffällig: \_\_\_\_\_

Nahrungsunverträglkt.:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja: \_\_\_\_\_

**Chronische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Entwicklungsstörungen/ Behinderungen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gedeihstörungen  Erbrechen  Harnwegsinfektionen

Apnoen (ALTE)  Krampfanfälle  Verstopfung

Verletzung der anogenitalen Region

Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen

Hygiene: Duschbad/ Kosmetika/ Seifen  Mädchen: Abputztechnik/Wischrichtung

Neigung, ungewöhnlich leicht blaue Flecken zu bekommen?

Häufig Nasenbluten oder Zahnfleischbluten?

bei Mädchen: Menorrhagie

Vor-Operationen mit Blutungskomplikationen?  Vitamin-K-Gabe erfolgt?

Hinweise auf Malabsorption oder Gedeihstörung?

Phyto-dermatitis: Limone, Zitrone, Sellerie, Feige, Pastinak?

Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau)?

Chemische Irritanzen, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel?

**Medikamenteneinnahme:** Vitamin A, Phenobarbital, DPH, MTX, Prostaglandin E, Antikoagulanzen

(Dauer-) **Medikamente/Dosis:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

andere **Therapien** (KG, Ergotherapie, Logopädie etc.)

\_\_\_\_\_

Geht in  **Kindergarten:** \_\_\_\_\_

**Schule:** \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

**Gelbes Vorsorgeheft** liegt vor

unauffällig  auffällig: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nicht wahrgenommene Vorsorgetermine: \_\_\_\_\_

häufige Arztwechsel: \_\_\_\_\_ mal

Neugeborenen-Stoffwechselscreening erfolgt:  ja  nein  nicht ersichtlich – klären!

Gedeihen/ Perzentilenverlauf  unauffällig

auffällig: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Impfweis** liegt vor:  Impfstatus vollständig  Impfstatus unvollständig

## 5. Anamnese des aktuellen Geschehens:

**Geschildert von:** \_\_\_\_\_

(möglichst genauen Wortlaut notieren und in Klammern mögliche Gefühlsregungen; Umstände)

Dabei anwesend:  Kind  Vater  Mutter  Andere: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Dabei beachten:**

1. Verletzungsumstände? Anwesende? Aufsicht? Beobachter?

---

---

2. Vorausgehendes Ereignis? Fütterfrust? Sauberkeitsprobleme? Elterliche Streitigkeiten?

---

---

3. Reaktion der Eltern auf Verletzung? Reanimationsversuche? Prompter Arztbesuch?

---

---

**Eventuell Skizze vom Geschehensort:**

**Schilderung vom Kind selbst:**

(möglichst genauen Wortlaut notieren und in Klammern mögliche Gefühlsregungen)

Dabei anwesend:  nur Kind selbst  Vater  Mutter  Arzt/Ärztin\*  Pflege\*  Andere\*

---

---

---

---

---

\*Namen notieren: \_\_\_\_\_

**In der Vergangenheit bereits derartige Vorkommnisse/Verletzungen:**

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

---

**6. Kinder- und Jugendgynäkologische Anamnese****Allgemeine Anamnese**

- Allgemeine anogenitale Infektionen
- Anogenitale Dermatiden
- Vaginaler Juckreiz
- Vaginaler Ausfluss (Farbe, Konsistenz, Menge, Geruch?)  
\_\_\_\_\_
- Vaginale Blutungen
- Pubertätszeichen, Wachstum
- Fremdkörper in Scheide oder Anus
- Enuresis primär/sekundär, Enkopresis
- Bauchschmerzen, schmerzhafte Defäkationen
- Zurückliegende anogenitale Verletzungen

**Bei Jugendlichen zusätzlich**

- Menarche: \_\_\_\_\_
- Menstruation: \_\_\_\_\_
- Tampon-, Bindengebrauch
- Vorherige gynäkol. Untersuchungen?
- Antikonzeption? Methode?  
\_\_\_\_\_
- Sexuell übertragene Infektionen  
\_\_\_\_\_
- Einvernehmliche Sexualkontakte
- Unfreiwillige Sexualkontakte
- Geburten, Aborte

**7. Verhaltensanamnese****Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen:**

- Alpträume, Schlafstörungen       häufig Kopfschmerzen       häufig Bauchschmerzen
- Angst, allein gelassen zu werden
- Angst vor bestimmten Personen: \_\_\_\_\_ /  Männern
- Phobien, Regressionen, Depressionen
- Rückzugsverhalten
- geringes Selbstwertgefühl
  
- Soziale Adaptations- oder Interaktionsstörungen (Kindergarten/Schule)
- Schulschwierigkeiten
  
- Aggressionen gegen andere oder sich selbst (selbstverletzendes Verhalten)
- Essstörungen, starke Gewichts-Zu/Abnahme
- Einnässen: nächtlich/tagsüber; vor allem erneut aufgetreten       Einkoten
  
- Altersunangemessenes Verhalten;       ungewöhnliches Interesse an Sexualität
- Berühren der Geschlechtsteile Erwachsener       anderer Kinder       von Tieren
- Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
- Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Erwachsenen
- Vorfälle mit sexueller Nötigung anderer, vor allem jüngerer Kinder       „spielt“ Geschlechtsverkehr
  
- Suizidversuche       Delinquentes Verhalten       Drogenmissbrauch
- Weglaufen von Zuhause       Prostitution

Sonstiges: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



## Extraverhaltensfragebogen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch

### Strukturierter Anamnesefragebogen\*

Patient/in: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Untersucher/-in: \_\_\_\_\_ noch anwesend: \_\_\_\_\_

Gespräch mit: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Haben Sie jemals eine der folgenden Auffälligkeiten bei Ihrem Kind bemerkt?

- 1. Häufige Kopfschmerzen
- 2. Häufige Bauchschmerzen
- 3. Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen
- 4. Weint leicht
- 5. Konzentrationsstörungen
- 6. Einschlafstörungen
- 7. Vermehrte (und ungewöhnliche) Müdigkeit
- 8. Alpträume
- 9. Angst, allein gelassen zu werden
- 10. Angst, mit einer bestimmten Person allein gelassen zu werden (Wer? \_\_\_\_\_)
- 11. Angst vor Männern
- 12. Plötzlicher Wandel zu „Super-/Modell-Kind“
- 13. Verhält sich ungewöhnlich reif oder erwachsen
- 14. Plötzlicher Rückzug
- 15. Ungewöhnlich besorgt/ fixiert auf den eigenen Körper
- 16. Weigert sich, sich im Sportunterricht auszuziehen
- 17. Angst vorm Duschen oder Badezimmer
- 18. Rückzug von Sportunterricht und anderen Sportstätten
- 19. Plötzlicher Abfall der Schulleistung
- 20. Weiß mehr über Sexualität oder sexuelles Verhalten als altersangemessen ist
- 21. Ungewöhnlich neugierig oder interessiert an sexuellen Dingen / Geschlechtsorganen
- 22. Ungewöhnlich aggressiv gegenüber Spielkameraden oder Geschlechtsbereich von Puppen
- 23. Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
- 24. Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Klassenkameraden, Lehrer(n) oder anderen Erwachsenen
- 25. Nächtliches Einnässen (momentan), vor allem erneut aufgetreten?
- 26. Einnässen tagsüber (momentan), vor allem erneut aufgetreten?
- 27. Häufige Verstopfung
- 28. Verletzung der anogenitalen Region in der Vorgeschichte
- 29. Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen in der Vorgeschichte
- 30. Vaginale Blutung in der Vorgeschichte
- 31. Hygiene? Wäsche? Seifen, Kosmetika?
- 32. (Häufige) Harnwegsinfektionen

\*CAVE: Nichtevaluierter orientierender Fragebogen! Aus der Anzahl positiver Items kann nicht die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs gestellt werden! Bei Häufung ca. > 5 ist weitere kinderpsychologische Klärung erforderlich.



## Diagnostikschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

\_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ m/w  Station:  
Name, Vorname  Ambulant

### Röntgen

- Skelettscreening (im Orbis als Schema bei V. a. Kindesmisshandlung)  
(alle Extremitäten in 1 Ebene, bzw. bei Frakturverdacht in 2 Ebenen, Thorax 1 Ebene, Wirbelsäule in 2 Ebenen, Schädel 2 Ebenen)
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Zerebrale Bildgebung (Schädel und evtl. WS)

- MRT
- CCT (nur bei lebensbedrohlichem Zustand)

### Sonographie

- Abdomen
- Schädel
- Schädel-Doppler

### Labor

- BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P
- $\gamma$ -GT, ALAT, ASAT, AP, Amylase, Lipase
- Gerinnung siehe folgende Seite:  
Säuglinge: mindestens 2 x 1,3 ml grüne Citratcontainer und 1 max. halbgefüllter Eppendorfcontainer für Blutgruppe abnehmen  
Ab Kleinkindalter: mindestens 2 x 3 ml grüne Citratröhrchen und für PFA 100-Test 1 x 3,8 ml blaues Citraröhrchen sowie 1 max. halbgefüllter Eppendorfcontainer für Blutgruppe abnehmen
- Urinstatus, organische Säuren im Urin
- Drogenscreening (evtl. polytoxikologisch)



Gerinnungsdiagnostik:  
nach Rücksprache mit  
Frau Dr. Lohse  
(18371) oder PD Dr.  
Knöfler (14799) evtl.  
weiterführende  
Diagnostik,  
insbesondere  
Thrombozyten-  
funktionsdiagnostik  
siehe S. 15

### Augenhintergrund

- Obligat unter 2-3 Jahren !
- Akut undilatiert, immer Kontrolle in Mydriasis wenn Patient stabil

### Kindergynäkologischer Status

- Kindergynäkologisches Extra-Schema verwenden
- Später vorgesehen
- Erfolgt, Wertung: \_\_\_\_\_
- Nicht indiziert



## **Gerinnungsdiagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung mit auffälligen Hämatomen bzw. unklaren Blutungen (Stand: Mai 2016)**

### **1) Bei Aufnahme:**

Bei Säuglingen: Quick, PTT, Fibrinogen, v. Willebrand-Faktor, Kollagenbindungsaktivität, F VIII, F IX (bei Jungen), F XIII, Blutgruppe  
→ mindestens 2 x 1,3 ml grüne Citratcontainer und 1 max. halbgefüllter Eppendorfcontainer für Blutgruppe abnehmen

Ab Kleinkindalter: Quick, PTT, Fibrinogen, v. Willebrand-Faktor, Kollagenbindungsaktivität, F VIII, F IX (bei Jungen), F XIII, Blutgruppe, Multiplate (Thrombozytenfunktionstest)  
→ mindestens 2 x 3 ml grüne Citratröhrchen und für Multiplate Hirudin-Monovette 1 x 2,7 ml sowie 1 max. halbgefüllter Eppendorfcontainer für Blutgruppe abnehmen

### **2) Weiterführende Gerinnungsdiagnostik nur falls keine typischen Begleitverletzungen vorliegen (z.B. Frakturen, retinale Einblutungen etc.) und nach RS Prof. Knöfler (14799) oder Dr. Lohse (18461)**

Bei Säuglingen: Multiplate (Thrombozytenfunktion) sowie ggf. Versand von Citratblut für Willebrand Faktor (VWF)-Multimerenanalyse (nur nach RS Prof. Knöfler (14799) o. Dr. Lohse (18461)  
– *möglichst Versand nur wenn Patient ambulant ist und dann mit ÜW-Schein*  
→ Multiplate Hirudin-Monovette 1 x 2,7 ml  
→ mind. 1 x 1,3 ml grüne Citratcontainer zur Versendung der VWF-Multimerenanalyse nach Hamburg (RS Prof. Knöfler o. Dr. Lohse)

Ab Kleinkindalter: Multiplate und Aggregation im plättchenreichen Plasma (telefonische Anmeldung im Gerinnungslabor des Instituts für Klin. Chemie, Tel. 2570) sowie ggf. VWF- Multimerenanalyse (s.o.)  
→ Multiplate Hirudin-Monovette 1 x 2,7 ml  
→ mind. 3 x 3 ml grüne Gerinnungsmonovetten (für Gerinnungslabor UKD)  
→ 1 x 3 ml grüne Gerinnungsmonovette zur Versendung der Multimerenanalyse (RS Prof. Knöfler o. Dr. Lohse)



## Rechtsmedizinisches Vorstellung

(Konsilanforderung – rosa Formular – weiterhin ausfüllen!)

**Name** bzw. *Patienten-Aufkleber*:

\_\_\_\_\_

*Geb.*

\_\_\_\_\_

*Station*

### Erstuntersuchung

Am:

Um:

Durch:

DECT:

Fotodokumentation

ja

nein

Polizeiliche Meldung:

ja

nein

Entscheidung später

Elterngespräch:

ja, mit \_\_\_\_\_

nein

### Diagnose:

### Empfehlung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift





## Kurz-Protokoll Fallkonferenz bei V. a. Kindeswohlgefährdung

Fallkonferenz Nr. \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

### Teilnehmer:

Verantwortlicher der Kinderschutzgruppe

(„Case Manager“): \_\_\_\_\_

Pflege: \_\_\_\_\_

Stationsarzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Sozialdienst: \_\_\_\_\_

Sonstige Kinderschutzgruppe: \_\_\_\_\_

Jugendamt (s.u.)

Stations-OA: \_\_\_\_\_

Psychologe/in: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

\_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

### Primäre klinische/anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

### Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

Augenhintergrund

Labor

Sonstige

Röntgen-Skelettscreening

Sonographie

MRT

CT

### Kinder-/Hausarzt, frühere Klinikaufenthalte:

### Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

### Sozialdienst (Familiäre Situation, Problembereiche, bisherige Unterstützung?):



**Psychologische** Einschätzung:

**Jugendamt:**

Zuständig: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Einschätzung/Procedere:

**Gesamteinschätzung:**

**Procedere:**

**Offene Aufgaben** (Wer macht was?)

Protokoll: \_\_\_\_\_



**Kurz-Protokoll Fallkonferenz  
bei V. a. Kindeswohlgefährdung**

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

\_\_\_\_\_

Fallkonferenz Nr. \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

**Teilnehmer:**

Geb. \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

- Verantwortlicher der Kinderschutzgruppe („Case Manager“): \_\_\_\_\_
- Pflege: \_\_\_\_\_
- Stationsarzt/Ärztin: \_\_\_\_\_
- Sozialdienst: \_\_\_\_\_
- Sonstige Kinderschutzgruppe: \_\_\_\_\_
- Jugendamt (s.u.)

- Stations-OA: \_\_\_\_\_
- Psychologe/in: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Primäre klinische/anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:**

**Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):**

- Augenhintergrund
- Labor
- Sonstige
- Röntgen-Skelettscreening
- Sonographie
- MRT
- CT

**Kinder-/Hausarzt, frühere Klinikaufenthalte:**

**Pflege (Eindruck, Beobachtungen):**

**Sozialdienst (Familiäre Situation, Problembereiche, bisherige Unterstützung?):**



**Psychologische Einschätzung:**

**Jugendamt:**

Zuständig: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Einschätzung/Procedere:

**Gesamteinschätzung:**

**Procedere:**

**Offene Aufgaben (Wer macht was?)**

Protokoll: \_\_\_\_\_



## Kurz-Protokoll Fallkonferenz bei V. a. Kindeswohlgefährdung

Fallkonferenz Nr. \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

### Teilnehmer:

Verantwortlicher der Kinderschutzgruppe

(„Case Manager“): \_\_\_\_\_

Pflege: \_\_\_\_\_

Stationsarzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Sozialdienst: \_\_\_\_\_

Sonstige Kinderschutzgruppe: \_\_\_\_\_

Jugendamt (s.u.)

Stations-OA: \_\_\_\_\_

Psychologe/in: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

\_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

### Primäre klinische/anamnestische Verdachtsmomente und Befunde:

### Diagnostik/Befunde (erfolgt/geplant):

Augenhintergrund

Labor

Sonstige

Röntgen-Skelettscreening

Sonographie

MRT

CT

### Kinder-/Hausarzt, frühere Klinikaufenthalte:

### Pflege (Eindruck, Beobachtungen):

### Sozialdienst (Familiäre Situation, Problembereiche, bisherige Unterstützung?):



**Psychologische Einschätzung:**

**Jugendamt:**

Zuständig: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Einschätzung/Procedere:

**Gesamteinschätzung:**

**Procedere:**

**Offene Aufgaben (Wer macht was?)**

Protokoll: \_\_\_\_\_



# Pflegerische Dokumentation 1

Name bzw. Patienten-Aufkleber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_

## Basisdokumentation

### Wichtig

- Trägt das Kind\* noch die gleiche Kleidung wie bei dem Übergriff?

Ja  Nein

Wenn ja, diese in separatem Papier/Baumwoll-Beutel aufbewahren (kein Plastikbeutel –zerstört DNA!)

erfolgt  nicht erfolgt

- Kind erst nach Rücksprache mit zuständigem Arzt\*\* waschen! (Alle Spuren gesichert?)

### Genauere Dokumentation in Roter Mappe:

(Bitte ankreuzen, darüber hinaus bitte die Bögen „Besucherverzeichnis“ oder „Separate Dokumentation, Gespräche, Notizen“ benutzen)

- **Pflegezustand**

- guter Pflegezustand       mäßiger Pflegezustand  
 schmutzige Kleidung       dreckige Fingernägel       ungepflegter Windelbereich  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

- **Vorhandene, evtl. bislang unentdeckte Hämatome?** (Ort, Größe, Lokalisation, Formung)  
 Nein       Ja (wenn „Ja“ bitte auf Extrablatt beschreiben/zeichnen)

- **Besuche**

Abklären, wer Kind besuchen darf und ob und mit wem Kind die Station verlassen darf

**Besucherlaubnis:** \_\_\_\_\_

**„Ausgangserlaubnis“:** \_\_\_\_\_

**Wer kam wann, für wie lange zu Besuch?**

auf Besucherverzeichnis dokumentiert

Wie war der **Umgang zwischen Besucher und Kind?**

ggf. separater Bogen

**Freut** sich das Kind auf angekündigten Besuch, oder wirkt es eher verschreckt?

ggf. auf separatem Bogen

- **Verhalten des Kindes**

**gegenüber Pflegepersonal?** (ängstlich, zurückhaltend, distanzlos)

**gegenüber anderen Patienten?**

- Wie formuliert das Kind diverse **Tätigkeiten und Begriffe** (z.B. Stuhlgang, Urin lassen, Bezeichnung der Genitalien)



**Gegebenenfalls auf Extrabogen dokumentieren:**

- Wie beschreibt das Kind seine familiäre Situation/Schule/Freunde/Lebenslage?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Wie äußert sich das Kind zu seinen Verletzungen oder anderem Grund des stationären Aufenthaltes? (Wörtlich notieren mit Datum, Uhrzeit, gezeigten Gefühlsregungen!)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Wie verhält sich das Kind in Bezug auf das Schlafen gehen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Wie schläft das Kind? (Weint, schläft unruhig)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Geniert sich das Kind? (Altersentsprechend?)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nicht altersentsprechend wirkendes sexualisiertes Verhalten? (Aufreizend? Kokett?)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sind alle erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen im gelben Heft wahrgenommen worden und wenn ja, wie oft wurde dafür der Arzt gewechselt?  
\_\_\_\_\_

***Abspraken mit der Kinderschutzgruppe und dem Jugendamt beachten!***

\*Mit „Kind“ sind im Folgenden auch immer Jugendliche gemeint..

\*\* Mit „zuständigem Arzt“ ist bevorzugt ein ärztlicher Ansprechpartner aus der Kinderschutzgruppe gemeint.



## Pflegerische Dokumentation 2

### Besucherverzeichnis

Name bzw. Patienten-Aufkleber:



Geb. \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

Datum/ Uhrzeit	von bis	Besucher	Aufenthaltsort(Station, Gelände) Besondere Vorkommnisse

## Notizen, Gespräche...

Bitte alle weiteren Besonderheiten/ Auffälligkeiten notieren!

Name bzw. Patienten-Aufkleber:



Geb.

Station

Datum/ Uhrzeit	Name/ Handzeichen	Gesprächsnotiz/Beobachtung/Vorfall etc. bei externen Kontakten,/ Anrufern immer Name und Telefonnummer notieren

## Entlassungsplanung - Checkliste

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

\_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

Faxmeldebogen Jugendamt

Schweigepflichtsentbindung

Inobhutnahme

erfolgt       nicht erfolgt       beendet am \_\_\_\_\_

Entlassung des Kindes erfolgt nach Hause

ja, mit folgender Hilfe:       Sozialpädagogische Familienhilfe  
 Familienhebamme  
 Haushaltshilfe  
 Sonstige \_\_\_\_\_  
 keine

nein, sondern       Mutter-Kind-Einrichtung  
 Pflegefamilie  
 Heim  
 Sonstige \_\_\_\_\_

Kinderarzt (innerhalb einer Woche nach Entlassung): \_\_\_\_\_

Wiedervorstellung am \_\_\_\_\_

Wiedervorstellung Klinik: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

Jugendamt \_\_\_\_\_ Termin am: \_\_\_\_\_

Entlassbriefe an Kooperationspartner

- Jugendamt
- Kinderarzt
- Kreischa Zscheckwitz
- Rechtsmedizin
- Andere

Sonstiges \_\_\_\_\_

Nachverfolgung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. R. Berner

## Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Direktor: Prof. Dr. G. Fitze

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden

### Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich der körperlichen Untersuchung (einschließlich gynäkologischen Untersuchung)\* meines Kindes zu.  
Ich bin damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecken Fotos aufgenommen werden.

Name, Vorname  
des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Wohnhaft: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich wurde über den Umfang der körperlichen Untersuchung und der fotografischen Dokumentation aufgeklärt und bin einverstanden.

Dresden, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des /der Sorgeberechtigten**

(Falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichners erklärt.)

\* *Unzutreffendes streichen!*

Rote Mappe: Einwilligungserklärung Körperliche Untersuchung, S. 22

Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus Dresden  
an der Technischen  
Universität Dresden  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74  
01307 Dresden  
Telefon (0351) 458-0

**Vorstand:**  
Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht  
(Sprecher)  
Wilfried E. B. Winzer

**Vorsitzender des  
Aufsichtsrates:**  
Prof. Dr. med. Peter C. Scriba

**Bankverbindungen:**  
Dresdner Bank AG Dresden  
Konto-Nr. 509 050 700  
BLZ 850 800 00

Ostsächsische Sparkasse Dresden  
Konto-Nr. 3 120 137 781  
BLZ 850 503 00

Deutsche Kreditbank AG  
Konto-Nr. 120 300 00  
BLZ 870 700 00

Commerzbank Dresden  
Konto-Nr. 805 07 00  
BLZ 850 400 00

Ust-IDNr.: DE 140 135 217  
Ust-Nr.: 201 145 00020



## Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. R. Berner

## Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Direktor: Prof. Dr. G. Fitze

## Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. V. Rößner

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden

### Einwilligungserklärung

Hiermit stimme ich dem Datenaustausch zum Schutz des Kindeswohls zu. Damit ist der Austausch relevanter Daten zum weiteren gesundheitlichen und sozialen Verlauf meines Kindes zwischen Jugendamt und den behandelnden Ärzten meines Kindes möglich. Zu diesem Zweck entbinde ich sowohl die behandelnden Ärzte und den Sozialdienst als auch das Jugendamt von der jeweiligen Schweigepflicht. Ich habe die Möglichkeit meine Einwilligung zum Datenaustausch jederzeit zu widerrufen.

Name, Vorname  
des Kindes: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Wohnhaft: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name des / der  
Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

Dresden, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des /der Sorgeberechtigten

(Falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichners erklärt.)

Rote Mappe : Einwilligungserklärung Kontaktaufnahme Jugendamt, S. 23

Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus Dresden  
an der Technischen  
Universität Dresden  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74  
01307 Dresden  
Telefon (0351) 458-0

**Vorstand:**  
Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht  
(Sprecher)  
Wilfried E. B. Winzer

**Vorsitzender des  
Aufsichtsrates:**  
Prof. Dr. med. Peter C. Scriba

**Bankverbindungen:**  
Dresdner Bank AG Dresden  
Konto-Nr. 509 050 700  
BLZ 850 800 00

Ostsächsische Sparkasse Dresden  
Konto-Nr. 3 120 137 781  
BLZ 850 503 00

Deutsche Kreditbank AG  
Konto-Nr. 120 300 00  
BLZ 870 700 00

Commerzbank Dresden

# Elterngespräche

bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung



## Grundhaltung:

### Balance zwischen Empathie und Distanz

\_\_\_\_\_ verstehen aber nicht einverstanden sein, immer auf das Kind bezogen bleiben

### Wertfreies Herangehen, d.h. klare aber sachliche Beschreibung der Beobachtungen

\_\_\_\_\_ keine Anschuldigungen, keine Vorwürfe

### Vertrauensvoller Ansatz

\_\_\_\_\_ Eltern haben prinzipiell die nötigen Fähigkeiten für den Umgang mit ihrem Kind

### Offenheit für Perspektivwechsel

\_\_\_\_\_ Not der Eltern wahrnehmen und anerkennen

### Transparenz

\_\_\_\_\_ Informationen, eigene Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen, Grenzen aufzeigen

## Konkrete Gesprächsbausteine:

### die Gründe für das Gespräch klar benennen und Sorge formulieren

„Ich bin in Sorge um Ihr Kind, weil ich beobachtet habe, dass...“

### Verdacht klar benennen

„Ich vermute, dass...“

### Haltung der Eltern dazu erfragen

„Wie erklären Sie sich das?“

### Herausarbeitung des Unterschiedes in der Wahrnehmung des Arztes und der Eltern

„Ich verstehe, was Sie meinen, ich sehe das aber etwas anders/ich vermute eher, dass ...“

### Gemeinsames Ziel annehmen: Schutz und gute Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes

„Sie wollen, dass es Ihrem Kind gut geht, dies ist auch mein Anliegen.“

### Entpathologisieren: Kinder fordern uns heraus

„Es gibt viele Eltern, die hin und wieder an ihre Grenzen stoßen.“

### Verantwortung klar vermitteln

„Es ist trotzdem wichtig, dass Sie in solchen Momenten die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen.“

### Aufklärung über die Aufgaben von Sorgeberechtigten

„Es ist Ihre Aufgabe als Mutter, für das körperliche und seelische Wohl des Kindes zu sorgen.“

### Ressourcen abfragen und gemeinsam Ideen für Verbesserung der Situation entwickeln

„Wie sahen schöne gemeinsame Zeiten aus? Steht Ihnen jemand zur Seite?“

### Hilfsmöglichkeiten (Beratung, Jugendamt...) aufzeigen und Kontaktdaten mitgeben bzw. Kontakt telefonisch vermitteln, bereits in der Praxis einen Termin vereinbaren

„In Ihrem Fall kann ich mir gut vorstellen, dass Ihnen ... hilft.“

### Psychisches Befinden des Kindes gemeinsam reflektieren (mögliche Traumatisierung) und Eltern in den Aufbau einer optimalen Erholungsumgebung des Kindes einbeziehen

„Können Sie sich vorstellen, was ihr Kind jetzt brauchen könnte?“

### Klare Vereinbarung über das weitere Vorgehen: zeitliche Festlegung

„Ich erwarte, dass Sie das nächste Mal am ... zu mir kommen. Bis dahin machen Sie bitte ....“

### Aufzeigen von Konsequenzen, z.B. Jugendamt informieren

„Ich bin verpflichtet zu handeln, so dass ich mir keine Sorgen um das Kind mehr machen muss...“

## Parallel dazu:

Einschätzung, ob die Eltern kooperativ („Bereitschaft“) und ausreichend kompetent („Fähigkeit“) sind. Konfrontation vermeiden, aber Haltung klar vermitteln.

Wenn Eltern nicht in der Lage oder nicht gewillt sind, zu kooperieren, um den Schutz des Kindes zu gewährleisten, sind weitere Schritte notwendig, über die sie die Eltern informieren sollten.

