

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie



Deckblatt

Name bzw. Patienten-Aufkleber:

Geb. _____

Station _____

Aufnahmedatum: _____

Diagnose:

DRG:

OPS:

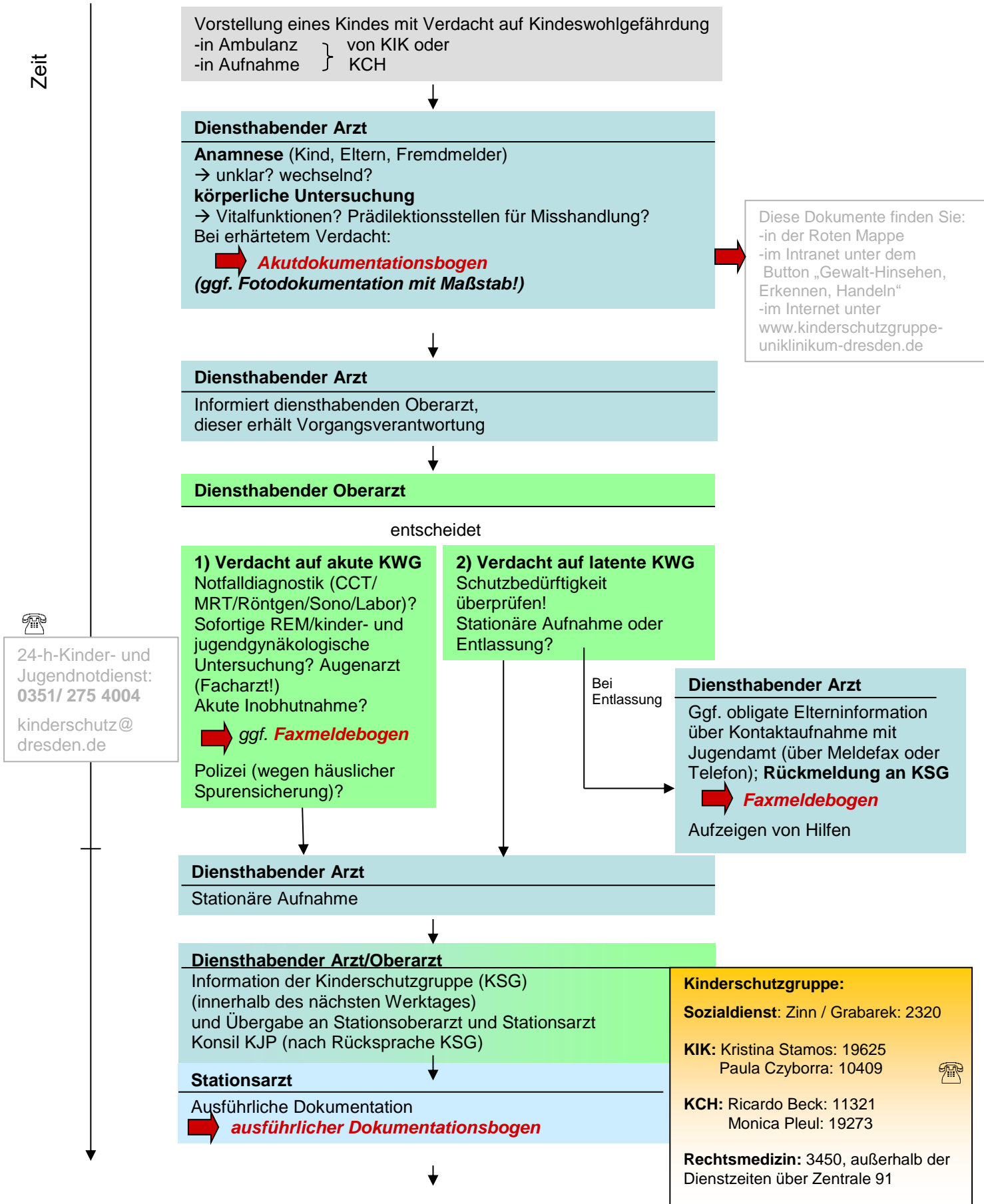


Inhaltsverzeichnis:

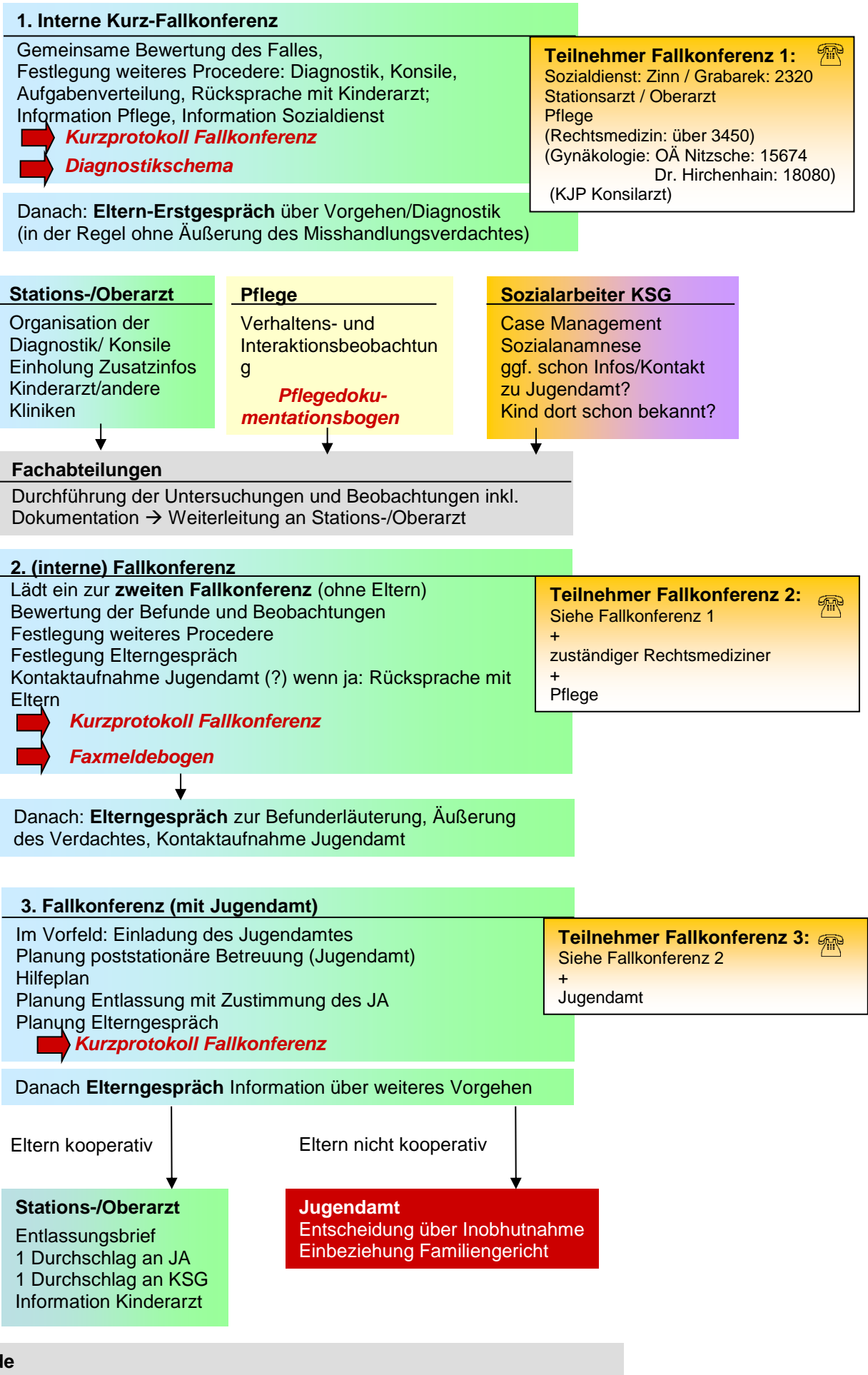
Deckblatt	S. 1
Ablaufschema mit Ansprechpartnern	S. 3-4
Dokumentationsbogen Akutvorstellung	S. 5-6
Meldebogen an das Jugendamt (zur Meldung eines Verdachtes auf Kindeswohlgefährdung beim Jugendamt Dresden)	S. 7-8
Ausführlicher Dokumentationsbogen (ausführliche Anamnese)	S. 9-12
Extra-Verhaltensfragebogen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch	S. 13
Diagnostikschema	S. 14
Gerinnungsdiagnostik	S. 15
Kurzprotokoll Fallkonferenz (2x)	S. 16-19
Pflegerische Dokumentation 1 (Basis)	S. 20-21
Pflegerische Dokumentation 2 (Besucherverzeichnis)	S. 22
Notizen	S. 23
Entlassplanung - Checkliste	S. 24
Einwilligungserklärungen (Körperliche Untersuchung (einschließlich Fotodokumentation), Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt, Schweigepflichtsentbindung extern)	S. 25-27
Elterngespräche	S. 28

Klinischer Pfad bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Universitätsklinikum Dresden: Kinderklinik und Kinderchirurgie



Zeit



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/m² (____ . 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? _____

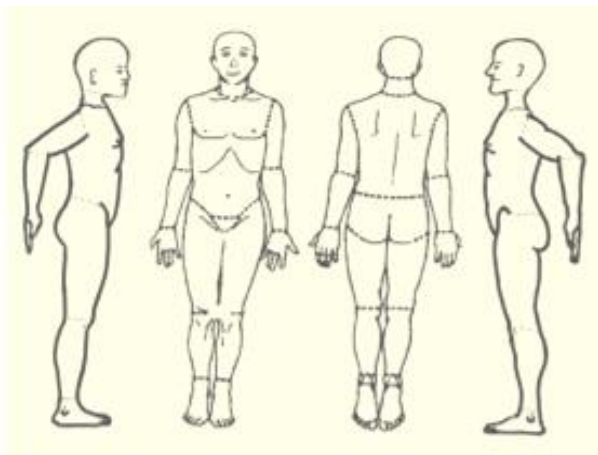
Verdacht auf nichtakzidentellen Mechanismus?

- 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

Unterschrift + DECT

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?

Hämatome, 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: _____

Nahrungsunverträglichk.: 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 Irritantien, 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: _____

Impfstatus 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, Untersuchungen?)

- 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
- Geruch? Vorherige gynäkol.

- 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



Name: _____ geb. am: _____ m /w

Station: 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
- γ -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 (erarbeitet von Prof. Dr. Ralf Knöfler, abgestimmt mit OA Dr. Tiebel – IKL, Stand 05.02.2021

<u>Säuglinge</u>	<u>ab Kleinkindalter</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Quick • PTT • Fibrinogen • von Willebrand Syndrom Diagnostik (vWF-Antigen, vWF-Aktivität, vWF-Kollagenbindungsaktivität, Gerinnungsfaktor VIII) • Gerinnungsfaktor XIII • MULTIPLATE <p><u>bei Jungen zusätzlich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerinnungsfaktor IX <p>Material: 1 x 3 ml Citrat-Blut <u>und</u> 1 x 1,6 ml Hirudin-Blut</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quick • PTT • Fibrinogen • von Willebrand Syndrom Diagnostik (vWF-Antigen, vWF-Aktivität, vWF-Kollagenbindungsaktivität, Gerinnungsfaktor VIII) • Gerinnungsfaktor XIII • Thrombozytenaggregation mit ADP, Kollagen und Arachidonsäure (Gerinnungslabor am Vortag telefonisch unter 2570 vorinformieren) <p><u>bei Jungen zusätzlich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerinnungsfaktor IX <p>Material: 3 x 3 ml Citratblut</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Blutgruppe <p>Material: EDTA-Blut</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Blutgruppe <p>Material: EDTA-Blut</p>

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

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

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)

Name bzw. Patienten-Aufkleber:



Geb.

Station

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?

Absprachen 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.

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: _____
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!*

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

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Direktor: Prof. Dr. med. R. Berner

Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie

Direktor: Prof. Dr. G. Fitz

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

die behandelnden Ärzte _____

den psychosozialen Dienst _____

und das Jugendamt _____

gegenseitig von der jeweiligen gesetzlichen Schweigepflicht. Die benannten Personen sind berechtigt, sich über die o.g. Inhalte auszutauschen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtsentbindung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden kann.

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.)

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

Ostächsische 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

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Universitäts Kinder- Frauenzentrum



Schweigepflichtsentbindung

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname Sorgeberechtigter: _____

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

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 - 0
www.uniklinikum-dresden.de

Hiermit entbinde ich das Universitäts Kinder-Frauenzentrum, Fetscherstraße 74,
01307 Dresden, namentlich

- _____
- _____
- _____

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

**Vorsitzender des
Aufsichtsrates:**
Prof. Dr. G. Brunner

sowie folgende Institution:

Institution (ggf. Ansprechpartner)	Inhalt
	<input type="checkbox"/> Hilfe- bzw. Therapieverlauf <input type="checkbox"/> Einschätzung Entwicklung / Unterstützungsbedarf <input type="checkbox"/> Übersendung Entlassbriefe <input type="checkbox"/> _____

Bankverbindungen:
Commerzbank, vorm. Dresdner Bank
Kontonummer 509 050 700
BLZ 850 800 00
SWIFT-BIC DRES DE FF 850
IBAN DE68 8508 0000 0509 0507 00

Ostsächsische Sparkasse Dresden
Kontonummer 3 120 137 781
BLZ 850 503 00
SWIFT-BIC OSDD DE 81
IBAN DE28 8505 0300 3120 1377 81

Deutsche Kreditbank AG
Kontonummer 11 207 370
BLZ 120 300 00
SWIFT-BIC BYLADEM1001
IBAN DE78 1203 0000 0011 2073 70

gegenseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht. Die benannten Personen sind
berechtigt, sich über die o.g. Inhalte auszutauschen und die erforderlichen Auskünfte
zu erteilen. Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtsentbindung jederzeit ohne
Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden kann.

Ust-IDNr.: DE 140 135 217
St-Nr.: 203 145 03113

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter

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

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.