



**PRÜFLISTE**  
**der Risiko- und Schutzfaktoren bei Verdacht auf eine Kindeswohl-  
 gefährdung**

*Die Prüfliste soll bei der Einschätzung des Grades der Gefährdung eine Hilfestellung geben. Aus der Beantwortung der Punkte zu den Risikofaktoren ergibt sich die Abschätzung des Grades der Gefährdung. Wichtig ist auch, welche Hinweise es zum Schutz des Kindes / Jugendlichen gibt, um abschätzen zu können, welche Leistungen und Maßnahmen erforderlich sind.*

*Bitte soweit bekannt ausfüllen – stichwortartige Beschreibung ist erwünscht.  
 Bei mehr Platzbedarf bitte gesondertes Dokument beifügen.*

Nr.	RISIKOFAKTOREN - KIND / JUGENDLICHER	Zutreffendes bitte ankreuzen		Erläuterungen Beobachtungen Bewertungen
1	Alter	0 – 3 Jahre	<input type="checkbox"/>	
		3 – 6 Jahre	<input type="checkbox"/>	
		6 – 14 Jahre	<input type="checkbox"/>	
		Ab 14 Jahre	<input type="checkbox"/>	
2	Verhaltensauffälligkeiten	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
3	Behinderung	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
4	Betreuung und Erziehung nicht angemessen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
5	Misshandlung körperlich und/oder psychisch	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	

Nr.	RISIKOFAKTOREN - KIND / JUGENDLICHER	Zutreffendes bitte ankreuzen		Erläuterungen Beobachtungen Bewertungen
6	Körperliche Verletzungen des Kindes / Jugendlichen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
7	Verdacht sexueller Miss- brauch	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
8	Ungepflegtes Erschei- nungsbild Hygiene / Sauberkeit	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
9	Mangel- bzw. Fehlernäh- rung	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
10	Massive Entwicklungsver- zögerungen und -beeinträchtigungen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
11	Kriminalität / Aufforderung zur Kriminalität	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
12	Selbst- oder fremdverlet- zendes Verhalten	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
13	Unregelmäßiger Kiga- bzw. Schulbesuch	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	

Nr.	RISIKOFAKTOREN - ELTERN	Zutreffendes bitte an- kreuzen		Erläuterungen Beobachtungen Bewertungen
1	Psychische Erkrankungen der Eltern / Bezugsperso- nen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
2	Körperliche oder geistige Behinderung der Eltern / Bezugspersonen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
3	Gesundheitliche Probleme der Eltern / Bezugsperso- nen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
4	Suchtmittelmissbrauch der Eltern / Bezugspersonen (z.B. Alkohol, Drogen, Sub- stitution)	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
5	Häusliche Gewalt (körperlich und / oder ver- bal)	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
6	Ungünstige materielle Ver- hältnisse / Ungünstige Wohnverhältnisse	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
7	Überhöhte religiöse oder ideologische Überzeugun- gen der Eltern	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
8	Fehlende Kooperationsbe- reitschaft der Eltern / Be- zugspersonen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	

Nr.	SCHUTZFAKTOREN - KIND / JUGENDLICHER	Zutreffendes bitte an- kreuzen		Erläuterungen Beobachtungen Bewertungen
1	Kind wirkt vital und ausge- schlafen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
2	Kind hat ein gepflegtes Er- scheinungsbild	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
3	Die Kleidung ist den Bedürf- nissen des Kindes ange- messen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
4	Ärztl. / Therapeutische Be- handlungen und Förderung sind gewährleistet	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
5	Kind besucht regelmäßig den Kiga / die Schule	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
6	Kind wird vor Gewalt ge- schützt	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
7	Kind ist in Gruppe / Klasse integriert	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
8	Kind ist altersgemäß entwi- ckelt / besitzt altersgemäße kognitive Fähigkeiten	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	

Nr.	SCHUTZFAKTOREN - FAMILIE	Zutreffendes bitte ankreuzen		Erläuterungen Beobachtungen Bewertungen
1	Geeignete Vertrauenspersonen für das Kind sind vorhanden	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
2	Zuverlässige und verantwortungsbewusste Betreuung ist gewährleistet	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
3	Kind wird in seinen Rechten und Bedürfnissen wahrgenommen	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	

Nr.	SCHUTZFAKTOREN - VERWANDTE / SOZIALES UMFELD	Zutreffendes bitte ankreuzen		Erläuterungen Beobachtungen Bewertungen
1	Familienmitglieder sind in Vereinen angebunden	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
2	Familie hat ein funktionales familiäres Netzwerk	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
3	Familie ist in ein soziales Netzwerk eingebunden (z.B. Nachbarn, Kiga, Schule)	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
4	Familie nimmt Unterstützungsmöglichkeiten an (z.B. Beratungsstellen)	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
5	Familienmitglieder haben Freunde	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	

		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
6	Familie ist im Bereich Kiga / Schule unauffällig	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	
7	Kind hat außerhalb der Familie eine Vertrauensperson	Ja	<input type="checkbox"/>	
		Nein	<input type="checkbox"/>	
		Nicht bekannt	<input type="checkbox"/>	

---

Datum und Unterschrift