



CHECK-LISTE KINDESWOHLGEFÄHRDUNG



Name: _____

Verhalten	oft	selten	nie	Notizen
Passive, lustlose und verschlossene Verhaltensweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Kind zieht sich bis in die Isolation zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kein aktives Interesse an seiner Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimmung ist sehr schwankend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Kind ist sehr ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressives Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Kind ist inkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Kind lügt und stiehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feindlichkeit gegenüber Tieren, Tierquälerei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brutale Handlungen gegenüber Schwächeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Provokant, sucht einen Sündenbock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Furcht vor Blickkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperkontaktblockierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Distanzlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CHECK-LISTE KINDESWOHLGEFÄHRDUNG



Psychosomatische Symptome	oft	selten	nie	Notizen
Schlafstörungen/Alpträume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprechverweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Übermäßige Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flucht in die Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fingernägel kauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verfolgungswahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zwangsvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autistische Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schaltet ab, wenn Menschen im Raum sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aggressionen gegen sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlagen, schneiden, beißen, reißen, zerren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krankhaftes Interesse am Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CHECK-LISTE KINDESWOHLGEFÄHRDUNG



Somatische Symptome	oft	selten	nie	Notizen
Blaue Flecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handabdrücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdrücke von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abschürfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Platzwunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verbrennungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knochen/Rippenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfverletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verletzung der inneren Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hämatome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schnittwunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stichwunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptome durch Drogen und / oder Alkoholmissbrauch	oft	selten	nie	Notizen
Realität zur Umwelt ist verloren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wahnhaftige Ideen und Vorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
eigene Identität ist gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CHECK-LISTE KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Symptome durch Drogen und / oder Alkoholmissbrauch	oft	selten	nie	Notizen
Veränderungen des Verhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körper- u. Organveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wesensveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interessenverlust, sozialer Rückzug, Isolation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörung, Essstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlechte räumliche und zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontrollverlust über „Es-Ich-Überich“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ständiges Verlangen nach Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vernachlässigen der Körperhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aggressives Verhalten gegenüber sich und Anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhte Selbstmord- und Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schule schwänzen oder verweigern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wahrnehmungsstörung (Umwelt, Körper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

