**Dokumentationsbogen**

**für besondere Vorkommnisse gemäß § 47 (2) SGB VIII**

1. **Name und Anschrift der Tageseinrichtung sowie des Trägers**

|  |  |
| --- | --- |
| **Einrichtung:**Name: | **Träger:** |
| Straße: |  |
| Ort: |  |
| Telefon: |  |
| Leitung: | Meldung durch:  |

1. **Ort, Zeitpunkt und Art des besonderen Vorkommnisses und dessen Schilderung**

|  |
| --- |
| Ort: |
| Zeitpunkt: |
| Art: |
| Schilderung: |

1. **Daten des beteiligten Personals und der beteiligten Kinder und ggfs. Beobachter**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personal**Name: | **Kind**Name und Geburtsdatum: |
| Funktion: | Sorgeberechtigte: |
| Name: | Name und Geburtsdatum: |
| Funktion: | Sorgeberechtigte: |
| Name: | Name und Geburtsdatum: |
| Funktion: | Sorgeberechtigte: |

**3 a) Weitere Institutionen, die bereits einbezogen sind (z.B. externe Beratungsstellen, Gesundheitsamt usw.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Adresse der Institution** | **Ansprechpartner/in** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**4. Erste Sofortmaßnahmen**

**5. Eingeleitete Interventionen**

**6. Vorläufige Einschätzung des Gefährdungspotenziales**

**7. Sorgeberechtigte Personen wurden informiert?**

 Ja [ ]  Nein [ ]

**8. Evtl. weitere wichtige Informationen**

**z.B. ärztliche Untersuchung oder Behandlung, weitere Maßnahmen wie z.B. Wechsel der Räumlichkeit wegen Schimmelbefalls usw.**

**9. Weitere Handlungsschritte**

**z.B. Maßnahmen wie pädagogische bzw. therapeutische Bearbeitung des Ereignisses, Prävention, arbeitsrechtliche Maßnahme, konzeptionell/strukturelle Änderungen in der Einrichtung**

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

 Ort, Datum Unterschrift des Trägers