

**Angaben zur/zum KlientIn:**  alleinerziehend  Migrationshintergrund  Flüchtling  
 → wenn ja →

Name, Vorname  Geburtsdatum (falls vorhanden)  VET/SSW   
 Wohnort  Straße   
 (Adressenvermerk)

**Angaben zum/zur Partner/in o.ä.:**  
 Name, Vorname  Geburtsdatum (falls vorhande)  Tel./Mobil

**Angaben zum Kind:**  
 Geburtsdatum des Kindes  Geschlecht  Name, Vorname   
 Betreuende Hebamme bis zur 8. Lebenswoche

**Selbstmelder**  Datum   
 Meldende Institution/Person   
 Telefon  E-Mail

**Gründe der Bedarfsanzeige** (kurze Beschreibung):

**Sind die Eltern über die Meldung bei Familienhebammendienst informiert worden?**  
**Sind aktuell bereits unterstützende Maßnahmen in der Familie installiert worden?**  
**Wenn ja, welche und seit wann?**

Maßnahme	seit	Ansprechpartner/in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Aufgeklärt gem. Informationspflicht nach Art. 13 DSGVO:**

(Wird von der Koordinationsstelle ausgefüllt)  Code-Nr.   
 Aufnahme durch  Weiterleitung am  Zuständige Familienhebamme   
 Einsatz ab