

Stadt Duisburg  
Jugendamt  
Koordinationsstelle Fröhe Hilfen  
Kuhstr.18  
47049 Duisburg  
**Per Fax: 0203-36398353**

Datum \_\_\_\_\_

**Antrag auf Beratung und Unterstützung gem. §16 des Kinder – und Jugendhilfegesetzes und gem. § 3 (4) Bundeskinderschutzgesetz (BukiSchG)**

**Einsatz einer Familienhebamme / Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (FGKiKP)**

Ich beantrage die o.g. Hilfe für:  
meine Tochter / meinen Sohn

\_\_\_\_\_  
**Familienname des Kindes**

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**(voraussichtliches) Geburtsdatum**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsort**

Mir ist bekannt, dass die Familienhebammen und FGKiKP/ das Jugendamt / Gesundheitsamt / Institut für Jugendhilfe die erforderlichen Daten zur Erfüllung ihrer bzw. seiner Aufgaben **i m B e d a r f s f a l l** austauschen.

**Hinweis zum Datenschutz**

Die im Rahmen der Anmeldung erhobenen Daten werden zur Organisation und Durchführung der Betreuungsmaßnahme gespeichert und gegebenenfalls an Dritte weiter geleitet.

**Unterschrift / Mutter**

\_\_\_\_\_  
**(Vor- und Familienname)**

**und / oder**

**Unterschrift / Vater**

\_\_\_\_\_  
**(Vor- und Familienname)**

**genehmigt:**

**Unterschrift / Sachgebietsleiter**

\_\_\_\_\_



<b>Name der Institution</b> (Klinik/ Kinderarzt/ Beratungsstelle/ASD/ etc.)
Straße:
Ort:
Name und Telefonnummer der/s Mitarbeiters/-in:

**Jugendamt Duisburg / Frühe Hilfen**  
**51-31 ZA / Frau Frensch**  
**51-31 ZA / Frau Gathen**

**Tel.: 0203/ 34699816**

**Fax: 0203/ 36398353**

**In Absprache mit der Kindesmutter und / oder dem Kindesvater**

***Personalien/ Eltern/ Kind(er):***

Mutter:	geb. am:	
Vater:	geb. am:	
Kind:	geb. am:	<b>voraussichtlicher</b> Geburtstermin:
Geschwister:		
Adresse:		<b>Tel.</b>

**besteht Bedarf für den Einsatz einer Familienhebamme/ FGKIKP (Kurzbeurteilung):**


**In der Familie werden weitere Hilfen gewährt (Träger, Art und Umfang):**


Datum und Unterschrift Mitarbeiter/-in der unterstützenden Institution

---