

## Sicherer Start – Chancen geben



### Frühe Hilfen für Familien

Ein Angebot der Jugend- und Gesundheitshilfe  
der Stadt Essen und des CJD NRW Nord

### Koordinierungsstelle

Limbecker Platz 10  
45127 Essen (Stadtmitte)

fon 0201 81 41 965 / 0201 81 41 969  
fax 0201 82 18 309

[sicherer-start.essen@cjd.de](mailto:sicherer-start.essen@cjd.de)  
[www.sicherer-start-essen.de](http://www.sicherer-start-essen.de)

STADT  
ESSEN

cjd  
Das Bildungs- und  
Sozialunternehmen

## Anmeldebogen

### „Sicherer Start - Chancen geben“ ist ein Präventionsangebot.

Daher können Mütter bzw. Eltern, die akut psychisch erkrankt oder suchtkrank sind oder in einer Gewaltbeziehung leben, nicht begleitet werden.

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen aus und senden ihn unterschrieben an die Koordinierungsstelle zurück.

\*-Felder sind Pflichtfelder, damit eine Kontaktaufnahme möglich ist.

### Mutter

\*Name<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\*Vorname<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\*Straße<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\*PLZ, Ort<sup>1,2</sup> \_\_\_\_\_

\*Telefon<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Geburtsdatum<sup>2,3</sup> \_\_\_\_\_

E-Mail<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Beruf<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

### Vater

Name<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Vorname<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Geburtsdatum<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Beruf<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

### Kind<sup>1,3</sup>

\*In der Schwangerschaft: Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_ Geburtstermin \_\_\_\_\_

\*Nach der Entbindung: Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsklinik \_\_\_\_\_

### Geschwister (Name und Alter)<sup>2,3</sup>

---

### Konsum während der Schwangerschaft bzw. nach der Geburt<sup>3</sup>

Nikotin  Alkohol  Medikamente \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

### Diagnosen bzw. Auffälligkeiten während der Schwangerschaft<sup>3</sup>

Frühgeburt in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche  \_\_\_\_\_

### Diagnosen, Auffälligkeiten und Besonderheiten des Kindes<sup>3</sup>

---

### Aktuelle familiäre Situation<sup>3</sup>

Belastungen der Mutter (z.B. Familie, Beruf, Erkrankung, Finanzen, Integration)

---

---

---

Belastungen des Vaters (z.B. Familie, Beruf, Erkrankung, Finanzen, Integration)

---

---

---

### Ressourcen in der Familie<sup>3</sup>

- gesicherte Wohnsituation  ja  nein
- gesicherte finanzielle Situation  ja  nein Art des Einkommens: \_\_\_\_\_
- Schulabschluss  ja  nein welcher Abschluss: \_\_\_\_\_
- Ausbildung  ja  nein welche Ausbildung: \_\_\_\_\_
- stabiler familiärer Hintergrund  ja  nein
- stabiler Freundeskreis  ja  nein

Sonstige Bemerkungen<sup>3</sup>:

---

---

---

Ich bin damit einverstanden, dass anlässlich der Anmeldung meine zuvor genannten Daten und Informationen erhoben und zu den nachfolgend genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

<sup>1</sup> Abfrage der Stammdaten zur Identifizierung und Vertragsbegründung

<sup>2</sup> Abfrage zu statistischen Zwecken

<sup>3</sup> Abfrage für ggf. erforderliche Unterstützungsmaßnahmen (allg., psychisch oder gesundheitlich)

Betroffene Maßnahmeteilnehmer können gem. §19 DSG-EKD auf Antrag Auskunft verlangen über die zu ihnen gespeicherten Daten, auch soweit sie sich auf Herkunft oder empfangende Stellen dieser Daten beziehen, die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die die Daten weitergegeben werden und den Zweck der Speicherung. In dem Antrag soll die Art der personenbezogenen Daten, über die Auskunft erteilt werden soll, näher bezeichnet werden. Eine Verweigerung der Einwilligung zur Datenerhebung- und Datenverarbeitung hat keine nachteiligen Folgen. Betroffene können der Verarbeitung ihrer Daten widersprechen. Ein solcher Widerspruch hat jedoch keine Auswirkungen auf die Rechte und Verpflichtungen zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der personenbezogenen Daten welche sich aus gesetzlichen Vorschriften (z.B. §318 SGB III) ergeben.

Essen, \_\_\_\_\_

Unterschrift\* \_\_\_\_\_

**Bei Weiterleitung der Anmeldung durch andere Institutionen bitte hier die Angaben zum Melder ausfüllen:**

Name \_\_\_\_\_  
Institution \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

Stempel

**Einverständniserklärung der Mutter**

Ich bin damit einverstanden, dass dieser Anmeldebogen mit meinen Angaben an die Koordinierungsstelle von „Sicherer Start – Chancen geben“ weitergeleitet wird.

**Essen,** \_\_\_\_\_

**Unterschrift\*** \_\_\_\_\_