Platz für das MVB Logo

Institution

Abt. Name et.

Strasse Nr.

PLZ Ort

Ort, Datum

Sehr geehrte/ Sehr geehrter

In der Beilage erhalten Sie

Für weitere Informationen oder Fragen können Sie sich gerne an mich wenden.

Freundliche Grüsse

Vorname Nachname

Geschäftsleitung

Mütter- und Väterberatung Bezirk XXYY

**Kurzbericht an:**

**Art und Ort der Beratung/Besuch:**

**Familie:**

Kind: xxx, yyy Geb.Datum

Kind: xxx, yyy Geb.Datum

Mutter: xxx, yyy (KM)

Vater: xxx, yyy (KV)

**Ausgangslage:** (genauere Beschrieb der Auftrag)

**Art der 1. Beratung/Besuch:**

Anwesende Personen:

**Ziel: Aufnahme der aktuellen Situation der Familie und beobachten der erwähnten Punkte.**

**Art der 2. Beratung/Besuch** (Wenn nötig)

Anwesend:

**Ziel: Aufnahme der aktuellen Situation der Familie und beobachten der erwähnten Punkte.**

**Interaktion Kinder / KM**

**Interaktion Kinder / KV**

**Interaktion KV / KM**

**Interaktion Geschwister** (Wenn vorhanden)

**Lebens- und Entwicklungssituation der Kinder**

**Zusammenfassende Beobachtungen**

**Weiteres Vorgehen**

Unsere Empfehlung:

Und / oder

**Einschätzung des Kindeswohles**

Ort, den

Vorname Nachname Vorname Nachname

Mütterberaterin NDS Geschäftsleitung