

**Kinder- und Jugendnotdienst Magdeburg**  
Gerhart-Hauptmann-Str. 46 a, 39108 Magdeburg  
Mail: [kinderjugend.notdienst@jga.magdeburg.de](mailto:kinderjugend.notdienst@jga.magdeburg.de)  
Fax: **0391-2589885**; Tel.: 0391-7310114

**Meldung einer möglichen Kindeswohlgefährdung aus der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis**

**Datum der Meldung :** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_  
(per Fax gemeldet)

**Meldeperson**  Ärztliche /  Psychotherapeutische Praxis  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

**Für den/die gefährdete(n) Minderjährige(n):**  
 männlich  weiblich - Name, Vorname.....Geb.-Datum:.....  
kann die Gefährdung des Kindeswohls nicht ausgeschlossen werden.

**Alltäglicher Lebensort des/der Minderjährigen:**  
 Eltern  Mutter  Vater  Großeltern  sonstige  
Vorname, Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon/Fax/E-Mail: \_\_\_\_\_  
**gegenwärtiger Aufenthalt des/der Minderjährigen:** \_\_\_\_\_

**Kurzschilderung des Sachverhalts / Vorkommnisses / der Problemstellung:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Von der Meldeperson wurden/werden weitere Dienste oder Institutionen informiert**  
 ja  nein  
Wenn ja, welche Institution: \_\_\_\_\_

**Die Eltern wurden über die Mitteilung in Kenntnis gesetzt:**  
 ja  nein  
Wenn nein, kurze Begründung:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eingangsbestätigung durch den Mitarbeiter/-in Jugendamt per Fax/Mail**

**Ich bestätigte den Eingang Ihrer Meldung am** \_\_\_\_\_ **um** \_\_\_\_\_ **Uhr**  
**Name des zuständigen Mitarbeiters/-in Jugendamt:** \_\_\_\_\_  
**Unterschrift:** \_\_\_\_\_