INTERNE DOKUMENTATION BERATUNGSGESPRÄCH SCHUTZBEDARFE



Klient*innennummer:

Datum Erstkontakt:

| Personendaten | | |
|---|-----------------------|--|
| Name(n): | | |
| Wie möchte die Person angesprochen werden? | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Datum der Ankunft in Deutschland: | | |
| Herkunftsland: | | |
| Sprachen: | | |
| Aktueller Aufenthaltsstatus: | | |
| | | |
| Aktueller Versicherungsstatus: | | |
| Krankenversicherungskarte | 5 | |
| Gesundheitskarte/Krankenschein | 9 | |
| Sonstiges: | | |
| Anbindung an medizinische Versorgur | ng/Beratungsstelle(n) | |
| Name: | | |
| Kontakt: | | |
| - Torrana | | |
| Rechtsanwält*in | | |
| Name: | | |
| Kontakt: | | |
| Aktenzeichen: | | |
| | | |
| Kontaktinformationen: | | |
| Adresse: | | |
| 7immernummer: | | |

| Art der Unterbringung: | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Landesunterkunft | | | | |
| Eigene Wohnung Informelle Unterbringung | | | | |
| Andere: | | | | |
| Handynummer: Kontaktinformationen einer Bezugsperson: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Familiäre Situation: | | | | |
| verheiratet oledig ogeschieden verwitwet | | | | |
| getrennt lebend | | | | |
| | | | | |
| Lebt zusammen mit minderjährigen Kindern: ONein Ja | | | | |
| Anzahl/Alter: | | | | |
| Schweigepflichtentbindung liegt vor? • Ja | | | | |
| Schwangerschaft | | | | |
| | | | | |
| Anstehende Termine (z.B. bei Behörden): | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Anlass Beratung aufzusuchen | | | | |
| (evtl. Verweis in die Beratung durch wen?) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3. Besondere Bedarfe

a) Unterbringung

| (Mögliche Leitfragen: Mit wem leben Sie in einem Zimmer? Sind das Angehörige, nahestehende oder fremde Personen? Wie ist das Verhältnis? Fühlen Sie sich dort sicher? Gibt es in der Unterkunft zu jeder Zeit Mitarbeitende, mit denen Sie sprechen können? Gibt es Probleme mit anderen Bewohner*innen oder mit Mitarbeitenden? Können Sie das Gelände/die Unterkunft jederzeit verlassen? Können Sie alle Orte in der Unterkunft besuchen? (Bei Gehbehinderung): Können Sie den Aufzug nutzen? Wenn die kommunale Zuweisung ("Transfer") bevorsteht: Was ist gut und sollte bei der Verteilung beibehalten werden? Was muss sich ändern? Waren Sie bei anderen Beratungen oder schon einmal beim Arzt? Wenn ja, wo war das, wie kommen Sie dort hin? Möchten Sie zu einer Beratung oder einem Arzt, aber das geht nicht, und wenn ja warum?) |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Festgestellte Unterbringungsbedarfe |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Nächste Schritte und Absprachen |
| |
| |
| |

| b) Gewaltschutz (Mögliche Leitfragen: Wie geht es Ihnen in der Unterkunft? Wie fühlen Sie sich in Ihrem Zimmer/auf dem Gelände/bei der Nutzung der Sanitäranlagen? (Mit wem) Teilen Sie sich ein Zimmer und wie ist das Zusammenleben? Gibt es etwas, das Ihnen Angst macht oder eine Person/Gruppe, mit der Sie Schwierigkeiten haben? Können Sie Ihr Zimmer abschließen? Wie ist der Zugang zu Sanitäranlagen? Wie kommen Sie dorthin? Wie ist es nachts? Gibt es Räume in der Unterkunft/auf dem Gelände, die Sie nicht nutzen (können), und wenn ja warum nicht? Wie ist Ihr Kontakt zum Sozialdienst und zu anderen Mitarbeitenden der Einrichtung? Was sind Ihre Erfahrungen mit den Security-Mitarbeitenden? Kennen Sie konkrete Ansprechpersonen, falls jemand Sie bedroht oder (sexuell) übergriffig wird?) |
|---|
| |
| |
| Festgestellte Bedarfe zum Gewaltschutz |
| |

| Weitere Schritte und Absprachen | |
|---------------------------------|--|
| | |
| | |
| | |

| c) Gesundheit | | | | |
|---|--|--|--|--|
| (Nutzen Sie den PROTECT Fragebogen oder den RHS-15 für psychische Gesundheit und die Washington Group Questions für körperliche Behinderungen. Für ein Trauma-Screening ist die Life Event Checklist zu empfeh- | | | | |
| len: Für Kinder nutzen Sie den TRAKS Elternfragebogen.) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Festgestellte gesundheitsbezogene Bedarfe | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Weitere Schritte und Absprachen | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

d) Aufenthaltsrechtliche Fragen

(Mögliche Leitfragen: Seit wann sind Sie in Deutschland? Haben Sie bereits Asyl beantragt bzw. haben Sie es vor? Haben Sie eine Beratung zu Ihrem Asylverfahren gehabt? Wenn ja, wo (Unterscheidung zwischen Asylverfahrensberatung (AVB) des BAMF und durch einen freien Träger)? Wenn nein, wissen Sie, wo Sie hingehen können? Im Interview werden Sie aufgefordert. genau und ausführlich die Erfahrungen zu beschreiben, die zu Ihrer Flucht geführt haben. Können Sie sich an diese Erfahrungen klar erinnern? Haben Sie darüber schon einmal mit jemandem gesprochen? Fühlen Sie sich in der Lage, in der Anhörung über Ihre Erlebnisse zu sprechen? Was brauchen Sie, um sich dafür bereit zu fühlen? (Therapeutische Unterstützung, Begleitperson, weibliche anhörende Entscheiderin, Sonderbeauftragte, Verschiebung der Anhörung bis ausreichende Stabilität gegeben ist, barrierearmer Zugang zu Anhörung (räumlich, sprachlich), etc.) Viele Menschen erleben vor und auf der Flucht Gewalt und Verletzungen, die (körperliche) Spuren hinterlassen. Für das Asylverfahren kann es wichtig und hilfreich sein, diese Spuren von Ärzt*innen dokumentieren zu lassen, um die Erzählung in der Anhörung zu ergänzen und zu unterstützen. Gibt es solche Erlebnisse und/oder Verletzungen, über die Sie mit einer Ärztin/einem Arzt sprechen möchten? Wurden Verletzungen vielleicht bereits im Herkunftsland oder einem Land auf Ihrer Flucht versorgt und dabei dokumentiert? Für (alleinerziehende) Eltern von Kindern: Haben Sie eine Möglichkeit der Kinderbetreuung während Ihrer Anhörung oder benötigen Sie dafür Unterstützung?) Festgestellte Bedarfe in Bezug auf das Asylverfahren

| Nächste Schritte und Absprachen |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| e) Weitere Bedarfe |
| Gibt es noch etwas Wichtiges, über das wir noch nicht gesprochen haben? Gibt es noch etwas, was Ihnen helfen würde? Evtl. Bedarf an Kleidung, Hygieneartikel, Ausstattung für Neugeborene (Kinderwagen, Bett, Windeln etc.) |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| Auffälligkeiten während des Gesprächs, wo sollte ich später nochmal nachhaken? |
| |
| |
| |
| |
| |

Verabredung weiteres Vorgehen

(Welche anderen Akteur*innen werden kontaktiert (sowohl Behörden, als auch andere Beratungsstellen)? Kann etwas in der Unterbringung geändert werden?)

| Aufgaben | Muss erledigt Erledigt sein bis zum |
|------------------|-------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Nächster Termin: | |
| | |
| | |
| | Be SAFE Person dispersant us or |