**Anfrage sonderpädagogischer Dienst**

Absender

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift der Schule |  |
| Name Lehrer/in |  |
| Telefon Lehrer/in |  |
| e-Mail Lehrer/in |  |

Angaben zur Person des Schülers / der Schülerin

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname(n) | | männlich  weiblich  divers | | geb. am    Klasse | | Religion    Nationalität | |
| Erziehungsberechtigt sind/ist:  beide Elternteile Mutter Vater Sonstige (Vormund, Pflegefamilie, …) | | | | | | | |
| **Aktuelle Adresse des / der Erziehungsberechtigten** | | | | | | | |
| Name, Vorname | Straße/Nr. | | Postleitzahl/Ort | | Tel. | | E-Mail |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |

Anlass der Anfrage / Fragestellung / Erwartungen

|  |
| --- |
|  |

Vermutete sonderpädagogische Fachrichtung

|  |
| --- |
| Lernen emotional-soziale EntwicklungSprache geistige Entwicklung  Hören körperlich-motorische Entwicklung Sehen  Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung |

Anhörung der Erziehungsberechtigten

|  |  |
| --- | --- |
| Die Erziehungsberechtigten wurden am       angehört. Sie haben folgende Stellungnahme abgegeben:       (Stellungnahme ist keine Pflicht) | Die Erziehungsberechtigten sind mit der Beratung und Unterstützung durch den sonderpädagogischen Dienst einverstanden.  ja nein (Auch ohne Einverständnis kann die Anfrage gestellt werden) |

|  |
| --- |
| **Vorschulische Einrichtungen (Kindergarten, Schulkindergarten, GFK)**  Name, Anschrift und Besuchszeiten der Einrichtung, Name der Bezugserzieherin |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schule** | | | |
| Schuljahr | Schulbesuchsjahr | Klassenstufe | Schulart, Name, Ort |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bisherige eingeschaltete Fachdienste / andere Partner**  z. B.Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Jugendamt, Beratungslehrer**,** Frühförderung, Eingliederungshilfe, Schulpsychologische Beratungsstelle, LRS- oder Mathestützpunkt, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Kinderklinik, Gesundheitsamt, Erziehungsberatungsstelle, sonderpädagogische Dienste, … | | | | |
| Partner/Stelle | Ansprechpartner/in, Telefonnummer | Zeitraum: Wann war der Partner tätig? | Liegt ein Bericht vor? Datum? | Diagnose/besonderer Förderbedarf |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Pädagogischer Bericht der aktuell zuständigen Schule**

|  |
| --- |
| **Kurzdarstellung der Lernsituation** |
| **Besonderheiten in der Entwicklung**  *Sprachentwicklung, Motorik, Hören, Sehen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Medikamente, bisherige Therapien: Logopädie, Ergotherapie, psychologische Betreuung; ggf. Bericht als Anhang* |
| **Lern- und Arbeitsverhalten**  *Mitarbeit, Leistungsbereitschaft, Motivation, Selbstständigkeit, Konzentration, Neugierde, Aufmerksamkeitsspanne, Merkfähigkeit, Anstrengungsbereitschaft, Arbeitstempo, Genauigkeit, Eigeninitiative, Interesse, Ablenkbarkeit, Ordnungsverhalten, Umgang mit Anforderungen, Frustrationstoleranz, Umgang mit Fehlern, Angst vor Misserfolgen, Unruhe/ Bewegungsdrang, …* |
| **Emotionale und soziale Kompetenzen**  *Stellung in der Klassengemeinschaft, Verhalten gegenüber anderen Kindern/ Erwachsenen, Verhalten im Unterricht, in weniger strukturierten Situationen - wie Weg zur Einrichtung, Pause, Sport, Kontaktfähigkeit, Selbststeuerung/ impulsives Verhalten, Rückzug, Lenkbarkeit, Reizbarkeit, Durchsetzungsvermögen, Hilfsbereitschaft, Kompromissbereitschaft, Konfliktbewältigungsstrategien, Regelbewusstsein, Anpassung an veränderte Gruppensituationen/ in der Öffentlichkeit, Wahrnehmung, soziale Situation, …* |
| **Kommunikationsverhalten/ Sprache**  *Blickkontakt, Sprechfreude, Sprechbeteiligung, zuhören können, Gefühle versprachlichen, Informationen erfragen,  Anweisungen verstehen und ausführen; Stimmlautstärke, Redetempo, zusammenhängendes, zeitlich richtiges Erzählen, altersangemessener Wortschatz, Deutschkenntnisse, deutliche Aussprache, Lautbildung, Satzbildung, ....* |
| **Kognitive Kompetenzen**  *Beschreibung der Leistungen in den verschiedenen kognitiven Kompetenzen: Merkfähigkeit, Abstraktionsfähigkeit, schlussfolgerndes Denken, Oberbegriffsbildung......* |
| **Deutsch**  *Phonologische Bewusstheit, Interesse an Symbolen und Schrift, Merkfähigkeit. Buchstabenkenntnis (Druckschrift),  Auditive Analyse von Wörtern (An-, Auslaut, Lautfolgen), Lesefähigkeit (Synthese Einzelwörter) , Rechtschreibung/ LRS, Sätze bilden/ aufschreiben, Verfassen von Texten, Sachverhalte mündlich darstellen* |
| **Mathematik**  *Mengenerfassung/ Mengeninvarianz, Reihenfolge (Seriation), Klassifikation, Zahlwortreihe, Ziffernkenntnis, Orientierung im Zahlenraum bis \_\_; Zehnerübergänge (ZR bis \_\_\_); Kenntnis des kleinen 1X1; Schriftliche Verfahren (Addition, Subtraktion, Multiplikation, Division), Orientierung in Zeitabläufen, Textaufgaben, (evtl. rechnen mit Hilfsmitteln), Rechenschwäche* |
| **Erkennbare Stärken beim Kind (schulisch und außerschulisch)**  *Was kann sie/ er gut? Was läuft trotz aller Probleme noch gut? Womit kann man sie /ihn motivieren?* |
| **Außerschulische Situation**  *Familiäre Situation, Gesprächsbereitschaft, Vertrauenslage, Konsens zwischen den Erziehungsberechtigten, Hausaufgabensituation, Nachmittagsbetreuung, Hort, Verein, Therapien* |

|  |
| --- |
| **Dokumentation bisher getroffener Fördermaßnahmen**  *Maßnahmen der Individualisierung im Unterricht (in einzelnen Fächern, besondere Aufgaben in der Klasse, besondere Hausaufgaben…), Förderunterricht, Einzelbetreuung, Sitzordnung, Klassen-/ Schulwechsel; ggf. Anwendung des Nachteilsausgleichs, ggf. Einbezug von ambulanten Hilfen, z.B. soziale Gruppenarbeit, Hausaufgabenhilfe, ggf. Einbezug außerschulischer Partner: Jugendamt/ Amt für Soziales und Versorgung/ Eingliederungshilfe Sozialamt/ Amt für Kinder, Jugend und Familie, Vereine, Psychologische Beratungsstelle, ärztliche/ therapeutische Betreuung: Logopädie, Ergotherapie; psychologische Betreuung; ggf. Bericht als Anlage* |
| **Dokumentation der Kooperation mit den Erziehungsberechtigten**  *Beratung, Absprachen, Vereinbarungen zwischen Eltern/ Schule/ Kind  (Dokumentation aller Elterngespräche/ Telefonate), Klassenkonferenz mit Ergebnissen (Protokoll)* |

Datum und Unterschrift Schulleitung

|  |
| --- |
|  |

Schweigepflichtentbindung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname(n) | männlich  weiblich  divers | geb. am |
| Erziehungsberechtigt sind/ist:  beide Elternteile Mutter Vater | | |

**Einwilligung in die Datenverarbeitung / Entbindung von der (ärztlichen) Schweigepflicht**

Ich willige/ wir willigen ein, dass der sonderpädagogische Dienst meine/ unsere personenbezogenen Daten und die meines Kindes zum Zweck der Beratung und Unterstützung nach den jeweiligen datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch verarbeitet. Zugriff auf diese Daten haben nur definierte Mitarbeiter des sonderpädagogischen Dienstes. Ich kann beim sonderpädagogischen Dienst Auskunft über die gespeicherten Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Meine/ unsere Angaben zum Antrag sind freiwillig.

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass der sonderpädagogische Dienst Daten, Informationen, Befunde und Gutachten über mein/ unser Kind zum Zweck der Beratung und Unterstützung bei folgenden Stellen anfordern, besprechen, austauschen und speichern darf. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

zuständigen Lehrkräften der momentan besuchten Schule:

oben genannte Fachdienste und Partner:

Sonstige        
*Bitte kreuzen Sie an, für welche Stellen ihre Einwilligung gelten soll.*

**Ich willige ausdrücklich ein, dass dabei Daten über die Gesundheit meines/ unseres Kindes wie vorstehend beschrieben verarbeitet werden dürfen.**Diese Einwilligung/en kann/ können verweigert werden.  
Ferner kann eine einmal erteilte Einwilligung widerrufen werden.

Ort, Datum & Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte  
(ggfs. der Schülerin / des Schülers ab 16 Jahren)

|  |
| --- |
|  |