# **Deckblatt zur Anfrage sonderpädagogischer Dienst**

**Absender**

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

## Anfrage auf

Beratung im Einzelfall **(bitte Anlage A & B & C ausfüllen)**

Allgemeine Beratung **(nur Deckblatt)**

## Anlass der Anfrage/Fragestellung

|  |
| --- |
|  |

## Vermutete sonderpädagogische Fachrichtung

Wählen Sie eine Fachrichtung aus

## Datum

|  |
| --- |
|  |

## Unterschrift Lehrer/in & Unterschrift Schulleitung

|  |
| --- |
|  |

# **Anlage A: Kontaktdatenblatt / Pädagogischer Bericht**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Angaben zur Person des Kindes oder der/ des Jugendlichen** | | | | | | | | |
| Name, Vorname(n) | | Mädchen  Junge | | geb. am | | 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 | |
|  |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  | |

|  |
| --- |
| **2. vorschulische Einrichtungen (Kindergarten, Schulkindergarten, GFK)**  Name, Anschrift und Besuchszeiten der Einrichtung, Name der Bezugserzieherin |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Schule** | | | |
| Schuljahr | Schulbesuchsjahr | Klassenstufe | Schulart, Name, Ort |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Bisherige eingeschaltete Fachdienste/ andere Partner**  z. B.andere Sonderpädagogische Dienste, Beratungslehrer**,** Frühförderung, Eingliederungshilfe, Schulpsychologische Beratungsstelle, LRS- oder Mathestützpunkt, Therapeuten, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Kinderklinik, Gesundheitsamt, Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstelle … | | | | |
| Partner/Stelle | Ansprechpartner/in, Telefonnummer | Zeitraum: Wann war der Partner tätig? | Liegt ein Bericht vor? Datum? | Diagnose/besonderer Förderbedarf |
|  |  |  |  | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  |  |  |

**Therapien / außerschulische Maßnahmen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art der Therapie/Maßnahme** | **Zeitraum** | **durchgeführt von** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**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 Anlage** |  |
| **Lern- und Arbeitsverhalten**  *Mitarbeit, Leistungsbereitschaft, Motivation, Selbstständigkeit, Konzentration, Neugierde, Aufmerksamkeitsspanne, Merkfähigkeit,*  *Anstrengungsbereitschaft, Arbeitstempo, Genauigkeit, Eigeninitiative, Interesse,*  *Ablenkbarkeit, Ordnungsverhalten, Umgang mit Anforderungen, Frustrations-toleranz, Umgang mit Fehlern, Angst vor Misserfolgen, Unruhe/ Bewegungsdrang,*  *Fein- /Grobmotorik …* |  |
| **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, Konfliktbe-wältigungsstrategien, Regelbewusstsein, Anpassung an veränderte Gruppensituationen/ in der Öffentlichkeit, Wahrnehmung, soziale Situation, …* |  |
| **Kommunikations-**  **verhalten/ 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**  *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 schulischer 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 …* |  |
| **Dokumentation der Kooperation**  **mit den Erziehungsberechtigten**  *Beratung, Absprachen, Vereinbarungen zwischen Eltern/ Schule/ Kind*  *(Dokumentation aller Elterngespräche/ Telefonate), Klassenkonferenz mit Ergebnissen (Protokoll)* |  |

# **Anlage B**

# Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten zur Beratung im Rahmen des sonderpädagogischen Dienstes

Mir/uns ist bekannt, dass die Einwilligung vollkommen freiwillig ist und eine erteilte Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass dies Nachteile für mich/uns oder mein/unser Kind mit sich bringt.

Die Einwilligung kann verweigert werden. Dieser Vordruck braucht nicht (unterschrieben) zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird.

Ich/Wir hatte/n Gelegenheit, Fragen zu stellen und habe/n darauf Antwort erhalten.

Name des Kindes, Geburtsdatum:

Name der Sorgeberechtigten:

Anschrift, Telefon:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Datum, Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

\*Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.

# **Anlage C**

# Schweigepflichtentbindung

Ich bin /Wir sind damit einverstanden, dass die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter die/der mit **der Beratung** im Rahmen des sonderpädagogischen Dienstes beauftragt ist, folgende Daten / Befunde und Berichte über

mein / unser Kind

Entwicklungsberichte / Abschlussberichte:

Befunde und Berichte:

Ergebnisse aus der Diagnostik:

Gesprächsprotokolle mit / vom:

Sonstiges:

zum Zwecke der Sonderpädagogischer Dienst einholen darf.

Hiermit befreie(n) ich /wir nachstehend genannte Ärzte, Kliniken, Therapeuten, Einrichtungen etc. von der Schweigepflicht gegenüber o.g. Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Sonderpädagogischen Dienste.

Kinderarzt/ärztin/ Facharzt/ärztin

Kliniken/SPZ

Physiotherapeut/in

Ergotherapeut/in

Heilpädagoge/in

Logopäde/in

Beratungsstellen

KSD

aufnehmende Schule

Sonstige

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass Informationen und Gutachten, die im Interesse der Förderung des Kindes liegen, mit von mir/uns oben namentlich genannten Personen und Institutionen ausgetauscht werden. Die Mitarbeiter/innen der sonderpäd. Dienste sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Datum, Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

\*Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Fall genügt die Unterschrift desjenigen Elternteils, bei dem sich das Kind aufhält.