

Stellungnahme des Schulbegleiters

für

Name des Kindes:		Geburtsdatum:	
Adresse:			
Schule/Klasse:			
Name der Integrationskraft:			
Beschäftigt bei:			

Seit wann betreuen Sie bereits das Kind?				
Erfolgen Absprachen mit der Schule/dem Kindergarten hinsichtlich der Entwicklung des Kindes?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Erfolgen Absprachen mit dem Elternhaus hinsichtlich der Entwicklung des Kindes?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Werden Ziele vereinbart, mit deren Hilfe das Kind in seiner selbständigen Entwicklung gefördert und unterstützt wird?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
<p>Folgende Unterstützungsleistungen werden aus Ihrer Sicht benötigt:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Toilettengang/Körperhygiene <input type="checkbox"/> Mobilität in der Schule (Raumwechsel, Orientierung...) <input type="checkbox"/> Unterstützung bei individuellen Übungen <input type="checkbox"/> Bereitstellung von Unterrichtsmaterial <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung während der Pausen <input type="checkbox"/> Maßnahmen der Behandlungspflege, wie z. B. Blutzuckermessung, Katheterisierung, Verband wechseln <input type="checkbox"/> Verhinderung von Weglaufen </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme überwachen <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit Mitschülern/dem Lehrpersonal <input type="checkbox"/> Unterstützung bei Aufgabenstellung unter Anleitung des Lehrpersonals <input type="checkbox"/> Erklären unklarer Sachverhalte <input type="checkbox"/> Beobachtung des Gesundheitszustandes <input type="checkbox"/> Prävention und Eingreifen bei Störaktionen </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Toilettengang/Körperhygiene <input type="checkbox"/> Mobilität in der Schule (Raumwechsel, Orientierung...) <input type="checkbox"/> Unterstützung bei individuellen Übungen <input type="checkbox"/> Bereitstellung von Unterrichtsmaterial <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung während der Pausen <input type="checkbox"/> Maßnahmen der Behandlungspflege, wie z. B. Blutzuckermessung, Katheterisierung, Verband wechseln <input type="checkbox"/> Verhinderung von Weglaufen	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme überwachen <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit Mitschülern/dem Lehrpersonal <input type="checkbox"/> Unterstützung bei Aufgabenstellung unter Anleitung des Lehrpersonals <input type="checkbox"/> Erklären unklarer Sachverhalte <input type="checkbox"/> Beobachtung des Gesundheitszustandes <input type="checkbox"/> Prävention und Eingreifen bei Störaktionen
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Toilettengang/Körperhygiene <input type="checkbox"/> Mobilität in der Schule (Raumwechsel, Orientierung...) <input type="checkbox"/> Unterstützung bei individuellen Übungen <input type="checkbox"/> Bereitstellung von Unterrichtsmaterial <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung während der Pausen <input type="checkbox"/> Maßnahmen der Behandlungspflege, wie z. B. Blutzuckermessung, Katheterisierung, Verband wechseln <input type="checkbox"/> Verhinderung von Weglaufen	<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme überwachen <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit Mitschülern/dem Lehrpersonal <input type="checkbox"/> Unterstützung bei Aufgabenstellung unter Anleitung des Lehrpersonals <input type="checkbox"/> Erklären unklarer Sachverhalte <input type="checkbox"/> Beobachtung des Gesundheitszustandes <input type="checkbox"/> Prävention und Eingreifen bei Störaktionen			

Prävention und Eingreifen bei Aggressionen

gegenüber Personen Sachen sich selbst

Anmerkungen:

Datum, Unterschrift des Schulbegleiters