

[ ]  Primarstufe

[ ]  Sekundarstufe

Ackerstraße 8

28832 Achim

Telefon: 04202 883210

Fax: 04202 883223

beratung@eksachim.de

|  |
| --- |
| **Angaben der meldenden Person** |
| Name, Vorname      |
| Stellung zum Kind      |
| Anschrift      |
| Telefon / E-Mail      |

**Anfrage**

[ ]  Fallbezogene Beratungsanfrage (Punkte 1 bis 8)

[ ]  Fallunabhängige Beratungsanfrage (Punkte 3 bis 5 und 8)

Autismus-Spektrum-Störung: [ ]  diagnostiziert [ ]  vermutet

**1 Daten der Schülerin / des Schülers**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname      | Festgestellter Förderbedarf[ ]  ES [ ]  L [ ]        vom       |
| Geburtsdatum      | Klasse      | Schulbesuchsjahr      |
| Erziehungsberechtigte      |
| Anschrift      |
| Telefon      | E-Mail      |

**2 Einverständnis der Eltern / Erziehungsberechtigten**

[ ]  Die Eltern / Erziehungsberechtigten sind informiert und einverstanden.

**3 Daten der Schule**

|  |
| --- |
| Name der Schule      |
| Anschrift      |
| Kontaktperson      |
| Telefon dienstlich      | Telefon privat      | **ISERV** - E-Mail      |
| Zeitfenster 1. Pause/Erreichbarkeit      | Zeitfenster 2. Pause/Erreichbarkeit      |

**4 Unterrichtung der Schulleitung**

[ ]  Die Schulleitung ist über die Anfrage informiert. (Angabe nur von meldender Lehrkraft)

**5 Problembeschreibung**

|  |  |
| --- | --- |
| a) Die Schülerin / Der Schüler |  |
| [ ]  hat Probleme, Unterrichtsorte aufzusuchen | [ ]  meidet Blickkontakt |
| [ ]  kann den Arbeitsplatz nicht einrichten | [ ]  versteht wortwörtlich |
| [ ]  arbeitet sehr langsam | [ ]  zeigt selten eine Aufmerksamkeitsrichtung |
| [ ]  benötigt viel Zuspruch | [ ]  spricht Kinder nicht adäquat oder gar nicht an |
| [ ]  sorgt für Unterrichtsstörungen | [ ]  benötigt oft Impulse und zusätzliche Hinweise |
| [ ]  ist oft an Konflikten beteiligt | [ ]  zeigt selten einen adäquaten Umgang mit anderen  |
| [ ]  zeigt Rückzugsverhalten (z. B. ängstlich, gehemmt, depressiv) | [ ]  zeigt selbststimulierendes Verhalten |
| [ ]        |
| b) Sonstiges      |

**6 Stärken der Schülerin/des Schülers**

|  |
| --- |
|       |

**7 Welche Maßnahmen sind bereits durchgeführt worden?**

|  |
| --- |
| Förderunterricht/ Differenzierungsmaßnahmen      |
| [ ]  Elterngespräche [ ]  pädagogische Gespräche[ ]  Beratungslehrerin/ Beratungslehrer [ ]  Schulpsychologin/ Schulpsychologe [ ]  FöL´n eingeschaltet, Name:       [ ]  Schulbegleitung[ ]  Pädagogische Mitarbeiterin / Pädagogischer Mitarbeiter „Inklusion“ |
| Bisherige pädagogische Maßnahmen |
| [ ]  Kinderärztin / Kinderarzt [ ]  Amtsarzt [ ]  KJP/SPZ[ ]  Ergotherapie [ ]  Psychomotorik [ ]  Sprachtherapie[ ]  Lerntherapie [ ]  Erziehungsberatungsstelle [ ]  Fachdienst Jugend und[ ]  Autismustherapie [ ]  Kinder-/Jugendpsychiater Familie (Jugendamt) |
| Familienunterstützende Maßnahmen (z. B. Familienhilfe)      |

**8 Mögliches Ziel der Beratung**

|  |
| --- |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der meldenden Person |