



- 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 <input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 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
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> hat Probleme, Unterrichtsorte aufzusuchen                     | <input type="checkbox"/> meidet Blickkontakt                             |
| <input type="checkbox"/> kann den Arbeitsplatz nicht einrichten                        | <input type="checkbox"/> versteht wortwörtlich                           |
| <input type="checkbox"/> arbeitet sehr langsam   | <input type="checkbox"/> zeigt selten eine Konzentrationsrichtung        |
| <input type="checkbox"/> benötigt viel Zuspruch  | <input type="checkbox"/> spricht Kinder nicht adäquat oder gar nicht an  |
| <input type="checkbox"/> sorgt für Unterrichtsstörungen                                | <input type="checkbox"/> benötigt oft Impulse und zusätzliche Hinweise   |
| <input type="checkbox"/> ist oft an Konflikten beteiligt                               | <input type="checkbox"/> zeigt selten einen adäquaten Umgang mit anderen |
| <input type="checkbox"/> zeigt Rückzugsverhalten (z. B. ängstlich, gehemmt, depressiv) | <input type="checkbox"/> zeigt selbststimulierendes Verhalten            |
| <input type="checkbox"/>   |  |

b) Sonstiges

## 6 Stärken der Schülerin/des Schülers

## 7 Welche Maßnahmen sind bereits durchgeführt worden?

Förderunterricht/ Differenzierungsmaßnahmen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Elterngespräche  | <input type="checkbox"/> pädagogische Gespräche            |
| <input type="checkbox"/> Beratungslehrerin/ Beratungslehrer                                 | <input type="checkbox"/> Schulpsychologin/ Schulpsychologe |
| <input type="checkbox"/> FöL´n eingeschaltet, Name:   | <input type="checkbox"/> Schulbegleitung                   |
| <input type="checkbox"/> Pädagogische Mitarbeiterin / Pädagogischer Mitarbeiter „Inklusion“ |  |

Bisherige pädagogische Maßnahmen

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderärztin / Kinderarzt | <input type="checkbox"/> Amtsarzt                  | <input type="checkbox"/> KJP/SPZ                                   |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie              | <input type="checkbox"/> Psychomotorik             | <input type="checkbox"/> Sprachtherapie                            |
| <input type="checkbox"/> Lerntherapie              | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle | <input type="checkbox"/> Fachdienst Jugend und Familie (Jugendamt) |
| <input type="checkbox"/> Autismustherapie          | <input type="checkbox"/> Kinder-/Jugendpsychiater  |  |

Familienunterstützende Maßnahmen (z. B. Familienhilfe)

## 8 Mögliches Ziel der Beratung

Ort, Datum

Unterschrift der meldenden Person