

Postleitzahl:

Stadt:

Telefonnummer:

Schule:

Schule:

Klasse:

Schuljahr:

Ansprechpartner Schule:

Name:

Telefon:

E-Mail:

Mein Kind wechselt die Schule: Nein Ja

Wenn ja auf welche:

- () Sie / Er besucht eine Förderschule;
- () das sonderpädagogische Gutachten wird beigelegt
- () das sonderpädagogische Gutachten liegt noch nicht vor.
- () Sie / Er hat bereits seit einen Schulbegleiter.
- () Sie / Er benötigt auch im kommenden Schuljahr / einen Schulbegleiter.

Diagnosen:

- () Diagnoseunterlagen; Arztberichte werden beigelegt

Behinderungen:

- () Lernbehinderung
- () Geistige Behinderung () Körperbehinderung
- () Blindheit () Sehbehinderung
- () Gehörlosigkeit () Schwerhörigkeit
- () Epilepsie Häufigkeit: _____
- () Autistische Spektrumsstörung: _____
- () andere seelische Behinderung nach ICD 10: _____

Chronische Erkrankungen, die den Betreuungs- und Pflegebedarf erhöhen (z. B. Diabetes, Allergien, Hepatitis):

Therapeutische Behandlungsmaßnahmen während der Schulzeit:

- () Ergotherapie _____ Stunden/Woche
- () Logopädie _____ Stunden/Woche
- () Physiotherapie _____ Stunden/Woche
- () Andere _____ mit _____ Stunden/Woche

Medizinisch-pflegerische Versorgung (z. B. PEG, Stoma, Katheter, Beatmungsgerät, Baclophenpumpe, Trachealkanüle, regelmäßiges Umlagern, Hilfsmittelversorgung, etc.):

Mobilität:

Motorik:

Herausforderndes Verhalten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fremdgefährdendes Verhalten | <input type="checkbox"/> Selbstgefährdendes Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens (aggressiv / oppositionell) | |
| <input type="checkbox"/> Zwanghafte Verhaltensweisen | <input type="checkbox"/> extremes Angst- und Rückzugsverhalten |
| <input type="checkbox"/> emotionale Störung (depressiv) | <input type="checkbox"/> gesteigertes Unruheverhalten |

Anmerkungen zu den genannten Verhaltensweisen: (notwendige Auszeiten / besonders intensives und häufiges Auftreten / räumliche Notwendigkeiten):

Kommunikation:

- Aktive Sprache:
 Passives Sprachverständnis:
 Unterstützte Kommunikation

Besondere Hilfen bei Alltagsverrichtungen:

- Essen vollständig teilweise keine
Toilette vollständig teilweise keine
Kleidung vollständig teilweise keine

Weitere besondere Hilfebedarfe:

Hilfsmittel (z.B.: Rollstuhl, etc.):

Medikation:

Ist in der Schule **eine Medikamentengabe** notwendig: Nein Ja Handelt es sich um ein Notfallmedikament: Nein Ja

Hinweis: Integrationshelfer dürfen keine Dauermedikation vornehmen. Lediglich für die Vergabe eines Notfallmedikaments während des Schülerspezialverkehrs zur Schule kann es eine Erlaubnis geben. Dies muss noch zusätzlich genehmigt werden. Sie bekommen ein Formular dafür zugeschickt.

→ **Bitte legen Sie diesem Schreiben -in Kopie-
aktuelle, medizinische Unterlagen, Diagnoseberichte bei.
(falls vorhanden auch das Pflegegutachten)
Diese werden zur Beantragung der Leistung beim Märkischen Kreis oder Jugend-
amt dringend benötigt!**

Ort/Datum:.....

Unterschrift :.....

Von der Lebenshilfe auszufüllen:

Kostenträger	
Adresse:	
Ansprechpartner:	
Kostensatz:	Bewilligte Stunden:
Bew.bis:	
Busbegleitung Ja:	Nein:
Busbeförderung tägl.Std.:	
Sonstiges.	

Lebenshilfe Lüdenscheid e.V.

Fachdienst Schulbegleitung und HzE

Bereichsleitung: Katrin Soennecken

Telefon: 02351-6680211

(Soe.02.2019)

schulbegleitung@lebenshilfe-luedenscheid.de

Fax: 02351-6680171