



- 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)

Gemeinsames Beratungsangebot zur Stärkung der inklusiven Schule

5 Problembeschreibung

a) Die Schülerin / Der Schüler	
<input type="checkbox"/> hat Probleme, Unterrichtsorte aufzusuchen <input type="checkbox"/> kann den Arbeitsplatz nicht einrichten <input type="checkbox"/> arbeitet sehr langsam <input type="checkbox"/> benötigt viel Zuspruch <input type="checkbox"/> sorgt für Unterrichtsstörungen <input type="checkbox"/> ist oft an Konflikten beteiligt <input type="checkbox"/> zeigt Rückzugsverhalten (z. B. ängstlich, gehemmt, depressiv)	<input type="checkbox"/> meidet Blickkontakt <input type="checkbox"/> versteht wortwörtlich <input type="checkbox"/> zeigt selten eine Konzentrationsrichtung <input type="checkbox"/> spricht Kinder nicht adäquat oder gar nicht an <input type="checkbox"/> benötigt oft Impulse und zusätzliche Hinweise <input type="checkbox"/> zeigt selten einen adäquaten Umgang mit anderen <input type="checkbox"/> zeigt selbst stimulierendes 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"/> FöSI'n eingeschaltet, Name:		
<input type="checkbox"/> Sozialarbeit an GS/ Schulsozialarbeit, Name:		
Bisherige pädagogische Maßnahmen		
<input type="checkbox"/> Kinderärztin / Kinderarzt	<input type="checkbox"/> Amtsärztin	<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

Gemeinsames Beratungsangebot zur Stärkung der inklusiven Schule