

Mobiler Dienst emotionale und soziale Entwicklung (ES)



Ackerstraße 8
28832 Achim
Telefon: 04202 8832-10
Fax: 04202 883223
beratung@eksachim.de

- Primarstufe
 Sekundarstufe

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
Zeitenfenster 1. Pause/Erreichbarkeit		Zeitenfenster 2. Pause/Erreichbarkeit

4 Unterrichtung der Schulleitung – B&U Anfrage

- Die Schulleitung ist über die Anfrage informiert. (Angabe nur von meldender Lehrkraft)
 B&U Anfrage erledigt (Angabe nur von meldender Lehrkraft/Schule): Auftrags-ID:

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 Aufmerksamkeitsrichtung |
| <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"/> PM „Inklusion“ einbezogen | <input type="checkbox"/> Schulbegleitung |
| <input type="checkbox"/> FöSchLK einbezogen, Name: | |

Weitere 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