



Inklusionsdienst der Lebenshilfe Ostallgäu e.V.
Am Sonneneck 55
87600 Kaufbeuren

Elternfragebogen

Liebe Eltern,

Sie beabsichtigen unseren Inklusionsdienst in Anspruch zu nehmen. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit. Damit wir die Inklusionsmaßnahme für Ihr Kind gut vorbereiten und durchführen können, bitten wir Sie, sich etwas Zeit zu nehmen, den folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Bei Fragen helfen wir gerne weiter. Sollte bei der Beantwortung einer Frage der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte das leere Blatt im Anhang. Vielen Dank im Voraus.

Persönliche Angaben:

Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten:

Tel. Arbeit

Tel. Privat

Handy:

Name des Betreuten:

Geb.Dat.

Straße:

Wohnort:

Welche Behinderung oder drohende Behinderung liegt vor?

Zu welchen Beeinträchtigungen führt dies?

Motorisch:

Kognitiv:

Sozial:

Lebenspraktischen Bereich:

Wahrnehmung: Sehen Hören Riechen Fühlen Geschmack Gleichgewicht

Werden Medikamente verabreicht?

ja nein

Wenn ja, welche?

Falls die Inklusionskraft während der Betreuungszeit Medikamente verabreichen soll, benötigen wir, bei verschreibungspflichtigen Medikamenten eine ärztliche Bestätigung.

Letzte Tetanusimpfung?

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?

ja nein

Wenn ja, welche?

	Ja	Nein	Welche?
Medikament:			
Nahrungsmittel:			
Duftstoffe:			
Pollen/ Blüten:			
Sonstige:			

Therapien:

Erhält Ihr Kind Therapien?

Wenn ja, welche Therapie und bei wem?

ja nein

Hilfsmittel:

Sind Hilfsmittel nötig ?

	Ja	Nein	bei Bedarf bzw. in welchen Situationen?
Brille:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hörgerät:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige:			

Kommunikation:

Ist sprachliche Verständigung möglich?

ja nein

Falls nein, wie ist sonst Verständigung möglich, bzw. wie werden Bedürfnisse geäußert?

Mimik: _____

Handzeichen: _____

Laute: _____

Gebärden: _____

Sonstige: _____

Kann ihr Kind das Gesagte verstehen?

ja nein zum Teil

Verhalten:

Hat ihr Kind besondere Ängste?

	Ja	Nein	Wie wirkt sich das aus?
Platzangst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Höhenangst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Menschenansammlung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lärm:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dunkelheit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige:			

Wie kann ihr Kind zur Ruhe kommen?

(z.B. Musik, Lesen, Singen, Hinlegen, Malen)

Welche Situationen wirken beruhigend auf ihr Kind?

Welche Situationen wirken eher nicht beruhigend auf ihr Kind?

Soziale Verhalten:

Braucht Ihr Kind Unterstützung

	Ja	Nein	zum Teil
bei der Kontaktaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei der Eingliederung in die Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Umgangsformen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Regelverständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:			

Kann sich Ihr Kind im Straßenverkehr angemessen verhalten?

ja nein

Worauf muss besonders geachtet werden?

Wie beurteilen Sie die motorischen Fähigkeiten ihres Kindes?

Kann ihr Kind selbstständig:	Ja	Nein	zum Teil
Malen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeichnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soll ihr Kind in folgenden Bereichen unterstützt werden?

	Ja	Nein	bei Bedarf
Fortbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportunterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pausenspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:			

Braucht Ihr Kind Hilfe bei Grundpflegehandlungen?

Unterstützung beim

	Ja	Nein	Erläuterung
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flasche öffnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pausenbehälter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige:			

Braucht Ihr Kind Hilfe

- beim An- und Ausziehen? ja nein
 bei der Schulvorbereitung? ja nein
 beim Vorbereiten des Arbeitsplatzes? ja nein

Das Aufgabenverständnis kann von individuellen Wahrnehmungsproblemen beeinflusst werden. Gibt es bei Ihrem Kind bekannte Probleme?

extreme Geräuschempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
schwierige Lichtverhältnisse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
andere Probleme beim Sehen und Hören	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige:		

Wie gut kann Ihr Kind mit Frustrationen z.B. Enttäuschungen umgehen?

schlecht angemessen gut

Wie beurteilen Sie das Aggressionsverhalten?

niedrig mittel hoch sehr hoch

Wie beurteilen Sie die Bereitschaft Ihres Kindes Regeln zu befolgen ?

niedrig mittel hoch sehr hoch

Erwarten Sie Unterstützung bei sozialen Kontakten außerhalb der Schule, wie beispielsweise Einladung zu Geburtstagen, Freizeitgestaltung mit Schulkameraden?

ja nein

Haben sie spezielle Vorstellungen zum Thema Schulbegleitung oder besondere Erwartungen an die Schulbegleitung?

ja nein

Wenn ja welche?

An welcher Schule soll die Maßnahme stattfinden ?
Adresse, Telefon?

Bei Krampfanfall oder Epilepsie finden Sie ein Zusatzblatt in der Anlage .

Änderungen bei den oben genannten Angaben müssen der Inklusionskraft rechtzeitig mitgeteilt werden!
Hiermit wird erklärt, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht worden sind.

Datum: _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Krampfanfall / Epilepsie

ja

nein

Liegt eine Epilepsie vor?

Art des Anfalls?

Vorzeichen?

Ablauf?

Dauer?

Gibt es bekannte Anfallsauslöser? Welche?

Wie kann vorgebeugt werden?

Verhaltensmaßregel während des Anfalls:

Medikamente während des Anfalls?

ja

nein

Falls ja, Art und Dosierung? **Medikamente müssen bereitgestellt werden und ein ärztliche Bestätigung muss vorliegen.**

Unter welchen Umständen muß der Notarzt gerufen werden?