

TEILNEHMER*INNENBOGEN SCHULJAHR 2024/25

Wir bitten um ausführliche Angaben und Lesbarkeit, vielen Dank.



LEBEN MIT BEHINDERUNG

Nachname Teilnehmer*in

Vorname

geboren am

Geschlecht: weiblich männlich divers

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefonnummer

Mobil

E-Mail

Name Sorgeberechtigte oder
gesetzliche Betreuung

Schule und Klasse Teilnehmer*in

Name Lehrer*in

Telefon

Hat der/die Teilnehmer*in Integrationshilfe/Schulbegleitung? ja nein

Angaben zu dem/der Teilnehmer*in

Bezeichnung der Behinderung

Geistige / Lernbehinderung Körperbehinderung Sinnesbehinderung

Psychische Behinderung sozial- /emotionale Störung

GdB lt. Schwerbehindertenausweis _____ Merkzeichen: _____

Pflegegrad Teilnehmer*in keine I II III IV V

Kommunikation

Kann der/die Teilnehmer*in sprechen? uneingeschränkt wenig gar nicht

Kann der/die Teilnehmer*in hören? uneingeschränkt wenig gar nicht

Welche Hilfsmittel benutzt er/sie zur Kommunikation?

Sehvermögen uneingeschränkt mit Brille wenig blind

Fortbewegung Benötigt der/die Teilnehmer*in Hilfsmittel zur Fortbewegung?

Rollstuhl Karre Rollator Stöcker Fahrrad nein

Kann der/die Teilnehmer*in selbstständig sitzen? ja nein

Kann der/die Teilnehmer*in selbstständig stehen? ja nein

Ernährung

Kann der/die Teilnehmer*in selbstständig essen? ja nein

über eine Sonde – **bitte detaillierten Ernährungsplan an LmB**

Wobei und wie muss ihm/ihr beim Essen geholfen werden?

Wie soll die Nahrung zubereitet sein?

Normalkost zerkleinerte Normalkost Brei Spezialkost

Welche Nahrungsmittel isst er/sie besonders **gern**?

Welche isst er/sie **nicht**?

Gibt es Besonderheiten beim Trinken?

Unverträglichkeiten/ Allergien

ja nein

Allergien, Lebensmittel- oder Medikamentenunverträglichkeiten? Falls ja, **welche**?

Anfallsleiden

ja nein

Falls ja, welche Anfälle? Beschreibung Anfallsverlauf/ Begleitung/ Notfallhilfe

Medikamente

Nimmt der/die Teilnehmer*in Medikamente?

Bitte aktuelle ärztliche Verordnung in Kopie an LmB ja nein

Nimmt der/die Teilnehmer*in die Medikamente selbstständig? ja nein

Körperpflege/Grundpflege

Trägt der/die Teilnehmer*in Windeln? ja nein

Hat der/die Teilnehmer*in einen Katheter? ja nein

Braucht der/die Teilnehmer*in einen Toilettenstuhl/Topf? ja nein

Meldet sich der/die Teilnehmer*in, wenn er/sie auf die Toilette muss? ja nein

Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang? ja nein

Benötigt der/die Teilnehmer*in Hilfe bei der Intimpflege? ja nein

Benötigt der/die Teilnehmer*in Hilfe im Bereich der Körperhygiene?

pflegt sich selbstständig muss erinnert werden
 benötigt kleine Hilfestellungen kann sich nicht selbst pflegen

Spielen und Beschäftigung

Beschäftigt sich der/die Teilnehmer*in

allein ja nein

mit anderen Teilnehmer*innen ja nein

mit Erwachsenen ja nein

Womit spielt er/sie am liebsten? Hat er/sie besondere Interessen?

Orientierung und Gefahrenbewusstsein

Ist der/die Teilnehmer*in verkehrssicher? ja nein

Hat der/die Teilnehmer*in Hinlauftendenzen? ja nein

Bitte legen Sie zur Sicherheit ein Foto bei, vielen Dank!

Betreuungsbedarf

Ist der/die Teilnehmer*in hyperaktiv? ja nein

Neigt der/die Teilnehmer*in zu Aggressionen?

nein ja, gegen sich selbst ja, gegen andere Personen/Gegenstände

Bitte beschreiben Sie kurz besonders stark ausgeprägte Verhaltensweisen/ Angewohnheiten/ Auffälligkeiten des/der Teilnehmers/in (z.B. Trennungängste o.ä.)

Äußert der/die Teilnehmer*in sexuelle Bedürfnisse? Worauf müssen wir achten?

Um uns weitere, ausführlichere Informationen zukommen zu lassen, nutzen Sie bitte ein separates Blatt.

Leben mit Behinderung Hamburg, Julia Gottschalk, Brauhausstr. 17-19, 22041 Hamburg – Email: julia.gottschalk@lmbhh.de

Ort

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte und/oder Lehrpersonal