

# INFORMATIONSBOGEN SCHÜLER\*IN - ANSCHLUSS- U. FERIENBETREUUNG SCHULJAHR 2025/2026 – KURT-JUSTER-SCHULE

Vielen Dank für Ihre ausführlichen Angaben!

Schüler\*in Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name Sorgeberechtigte od. gesetzl. Betreuung: \_\_\_\_\_

Klasse Schüler\*in: \_\_\_\_\_

Name Lehrer\*in: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hat der / die Schüler\*in Integrationshilfe / Schulbegleitung:  Ja  Nein

## Angaben zu Schüler\*in

### Bezeichnung der Behinderung:

geistige / Lernbehinderung  Körperbehinderung  Sinnesbehinderung

psychische Behinderung  sozial-/emotionale Störung

GdB lt. Schwerbehindertenausweis: \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Pflegegrad Schüler\*in:  keine  I  II  III  IV  V

### Kommunikation:

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

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

Welche Hilfsmittel benutzt er/sie zur Kommunikation? \_\_\_\_\_

**Sehvermögen:**  uneingeschränkt  mit Brille  wenig  blind

### Fortbewegung: Benötigt der/die Schüler\*in Hilfsmittel zur Fortbewegung?

Rollstuhl  Karre  Rollator  Stöcker  Fahrrad  nein

Kann der/die Schüler\*in selbstständig sitzen?  ja  nein

Kann der/die Schüler\*in selbstständig stehen?  ja  nein

**Ernährung:**

Kann der/die Schüler\*in selbstständig essen?  ja  nein

über eine Sonde: **bitte detaillierten Ernährungsplan an die Lebenshilfe Hamburg**

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 Nahrungsmittel 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 Schüler\*in Medikamente?  ja  nein

**Wenn ja, bitte aktuelle ärztliche Verordnung in Kopie an die Lebenshilfe Hamburg**

Nimmt der/die Schüler\*in die Medikamente selbstständig?  ja  nein

**Körperpflege/Grundpflege**

Trägt der/die Schüler\*in Windeln?  ja  nein

Hat der/die Schüler\*in einen Katheter?  ja  nein

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

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

Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang?  ja  nein

Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang?  ja  nein

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

Benötigt der/die Schüler\*in Hilfe im Bereich der Körperhygiene?

- pflegt sich selbstständig  muss erinnert werden  
 benötigt keine Hilfestellung  kann sich nicht selbst pflegen

### Spielen und Beschäftigung

Beschäftigt sich der/die Schüler\*in

- allein  ja  nein  
mit anderen Schüler\*innen  ja  nein  
mit Erwachsenen  ja  nein

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

\_\_\_\_\_

### Orientierung und Gefahrenbewusstsein

Ist der/die Schüler\*in verkehrssicher?  ja  nein

Hat der/die Schüler\*in Hinlauftendenzen?  ja  nein

### Betreuungsbedarf

Ist der/die Schüler\*in hyperaktiv?  ja  nein

Neigt der/die Schüler\*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 Schüler\*in (z.B. Trennungängste o.ä.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Äußert der/die Schüler\*in sexuelle Bedürfnisse? Worauf müssen wir achten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fehlt etwas? Möchten Sie uns noch Einzelheiten, Wichtiges mitteilen? Dann nutzen Sie gern ein separates Blatt, bzw. nehmen Sie gern Kontakt zu uns auf.**

Lebenshilfe Hamburg, Helga Schacht, Stresemannstr. 163, 22769 Hamburg,  
Tel. 040-689433-22, E-Mail: [Helga.Schacht@LHHH.de](mailto:Helga.Schacht@LHHH.de)

Ort/ Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte