

Name der Schule:	
Adresse:	
Schulnummer:	
Telefon:	
FAX:	
E- mail:	
Name der SchulleiterIn/ des Schulleiters:	
Name der Klassenlehrerin/ des Klassenlehrers:	

An die  
**Pestalozzischule Leer**  
**26789 Leer**

### Antrag auf körperbehindertenpädagogische Beratung

Schüler/in: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Hiermit wird für der/die o.a. Schüler/in die Beratung durch den Mobilen Dienst beantragt.  
Die Erziehungsberechtigten wurden durch die Schule über diesen Antrag benachrichtigt.

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Klassenlehrer/in

\_\_\_\_\_  
Schulleiter/in

-----

#### Beauftragung zur Durchführung der Beratung

Die Durchführung des Mobilen Dienstes wird im Rahmen der bestehenden Beauftragung  
des Förderschullehrers / der Förderschullehrerin \_\_\_\_\_ angeordnet.

\_\_\_\_\_  
Schulleiter

# Fragebogen zur körperbehindertenpädagogischen Beratung

Schüler/in: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Körperbehinderung

Name der Körperbehinderung \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie dem Fragebogen eine Kopie der schulärztlichen Untersuchung und ggf. andere Unterlagen bei.

## Art des Beratungsbedarfs zur Körperbehinderung

Es besteht ein Beratungsbedarf

- |                       |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - bei den Lehrkräften | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - bei den Eltern      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beim Kind           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

## Auswirkungen der Körperbehinderung auf den Unterricht

Der Schüler / Die Schülerin...

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - hat Probleme, Unterrichtsorte aufzusuchen. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - kann seinen Arbeitsplatz nicht einrichten. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - verliert die Orientierung.                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - arbeitet wesentlich langsamer.             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - benötigt häufig Zuspruch.                  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - klagt häufig über Schmerzen.               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Sonstiges:                                 |                             |                               |

---

## Auswirkungen der Körperbehinderung im Umfeld des Unterrichts

Der Schüler / Die Schülerin...

- |                               |                             |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - braucht pflegerische Hilfen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Art der Pflege \_\_\_\_\_

Diese Pflege führt zurzeit aus: \_\_\_\_\_

## Welche schulinternen Maßnahmen werden durchgeführt?

(Differenzierung, Elterngespräche, Beratungslehrer etc.)

---

---

