|  |
| --- |
| **Antrag für Beratung und Unterstützung durch den  Sonderpädagogischen Dienst**  *Von der allgemeinen Schule zur Weiterleitung an das zuständige SBBZ.*  *Stand 21.08.2025* |
| **Daten der allgemeinen Schule:**  Name der Schule: Schulname eingeben.  Kontaktdaten der Schule: Hier Text eingeben. |

|  |
| --- |
| **1. Angaben zur Person des Kindes** |
| Name, Vorname(n): Name eingeben.  Mädchen  Junge  divers  geb. am: Datum eingeben.  Straße und Hausnr.: Hier Text eingeben.  PLZ und Wohnort: Hier Text eingeben.  Nationalität: Hier Text eingeben.  Sorgeberechtigt sind / ist:  beide Elternteile  Mutter  Vater  Sonstiges (bitte angeben) |

|  |
| --- |
| **2. Aktuelle Adresse des/der Sorgeberechtigten** |
| **Sorgeberechtigte Person 1**  Name, Vorname Hier Text eingeben.  Straße / Hausnummer Hier Text eingeben.  PLZ / Ort Hier Text eingeben.  Tel.-Nr. Hier Text eingeben.  E-Mail Hier Text eingeben. |
| **Sorgeberechtigte Person 2**  Name, Vorname Hier Text eingeben.  Straße / Hausnummer Hier Text eingeben.  PLZ / Ort Hier Text eingeben.  Tel.-Nr. Hier Text eingeben.  E-Mail Hier Text eingeben. |

Ich / Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind  
Hier Text eingeben.  
Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogische Dienst erhält.

Ich bin / Wir sind mit Unterrichtsbeobachtungen und diagnostischen Maßnahmen im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes einverstanden.

Diese Maßnahmen unterstützen die Beratung in Bezug auf eine gute Förderung unseres Kindes in der allgemeinen Schule.

Die Entbindung von der Schweigepflicht liegt bei.

Unterschrift: Datum: Datum eingeben.  
 *(Sorgeberechtigte Person 1)*

Unterschrift: Datum: Datum eingeben.  
 *(Sorgeberechtigte Person 2)*

|  |
| --- |
| **Entbindung von der Schweigepflicht** |

Um die Fördermöglichkeiten für mein / unser Kind gut abklären zu können, bin ich / sind wir damit einverstanden, dass Berichte und Unterlagen im dafür notwendigen Umfang zwischen dem beauftragten Sonderpädagogischen Dienst und den psychologischen, medizinischen und therapeutischen Fachdiensten sowie den zuständigen Ämtern ausgetauscht werden können. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

Ich / Wir entbinden hiermit folgende Personen (bitte alle Namen aller Personen, die beteiligt sind, unten eintragen) und Institutionen von ihrer Schweigepflicht bezüglich meine / unseres Kindes (Nachname, Vorname): Datum eingeben.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institution | Name / Adresse | Datum | Unterschrift der Sorgeberechtigten |
| Schule:  Klassen- / Fachlehrkraft | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Lehrkraft für Dyskalkulie | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Lehrkraft für LRS | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Beratungslehrkraft | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Hausarzt | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Facharzt | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Kinderklinik, SPZ | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Therapeuten | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Beratungsstellen | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Jugendamt | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Sozialamt | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Gesundheitsamt | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Schulpsychologische Beratungsstelle | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |
| Sonstiges bitte eingeben | Hier Text eingeben. | Datum eingeben. |  |

|  |
| --- |
| **Schulbiographie** |
| Kindergartenbesuch  nein  ja von-bis: Hier Text eingeben. |
| Frühförderung  nein  ja von-bis: Hier Text eingeben.  Durch welche Frühförderstelle: Hier Text eingeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Schulbesuchsverlauf und Schulwechsel (unbedingt ausfüllen)** | | | |
|  | Schulort | Schuljahr | Regelklasse |
| Zurückstellung | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| 1. Schulbesuchsjahr | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| 2. Schulbesuchsjahr | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| 3. Schulbesuchsjahr | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| 4. Schulbesuchsjahr | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| 5. Schulbesuchsjahr | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| 6. Schulbesuchsjahr | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| 7. Schulbesuchsjahr | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| 8. Schulbesuchsjahr | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dokumentation der bisher geleisteten Förderung durch die Schule** | | | |
| Fördermaßnahmen | Zuständigkeiten | Zeitrahmen / Datum | Ergebnisse |
| Besuch der Grund-schulförderklasse | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| Besuch der VKL-Klasse | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| Autismusbeauftragte | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| Beratungslehrkraft der allgemeinen Schule | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| Individualisierungs-maßnahmen | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| Stütz- / Förderkurse | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| Nachteilsausgleich | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| Klassenwiederholung | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |
| Sonstiges bitte eingeben | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. | Hier Text eingeben. |

|  |
| --- |
| **Bisher extern durchgeführte Fördermaßnahmen** |
| Medizinische Maßnahmen |
| Logopädie |
| Ergotherapie |
| Physiotherapie |
| Jugendhilfemaßnahmen |
| Schulbegleitung |
| Sonstiges, bitte eingeben |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bisher durchgeführte Gespräche** | | |
| Datum | Gespräch (ggf. Anlass, Teilnehmer, Ergebnis) | Dolmetscher/-in |
| Datum eingeben. | Hier Text eingeben. | ja  nein |
| Datum eingeben. | Hier Text eingeben. | ja  nein |
| Datum eingeben. | Hier Text eingeben. | ja  nein |
| Datum eingeben. | Hier Text eingeben. | ja  nein |
| Datum eingeben. | Hier Text eingeben. | ja  nein |
| Datum eingeben. | Hier Text eingeben. | ja  nein |

|  |
| --- |
| **Pädagogischer Bericht der allgemeinen Schule  zur Weiterleitung an den Sonderpädagogischen Dienst**  *Von der allgemeinen Schule auszufüllen.* |

|  |
| --- |
| **Name, Vorname des Kindes oder der / des Jugendlichen:**  Hier Text eingeben. |

|  |
| --- |
| **1. Bisherige Entwicklung und aktuelle Situation**  (bisherige Entwicklung, Rahmenbedingungen, familiärer Hintergrund, …) |

|  |
| --- |
| **2. Weitere Beobachtungen in den Entwicklungsbereichen**  (Hören / Sehen, Sprache und Sprechen, Motorik, Wahrnehmung, Merkfähigkeit, Strategiebildung, medizinische / körperliche Besonderheiten, sonstige Entwicklungsbereiche, …) |

|  |
| --- |
| **3. Aktueller Lernstand**  (Schulleistungen in den zentralen Bereichen [Deutsch, Mathematik, weitere Bildungsbereiche], bei Einschulungsdiagnostik Vorläuferfertigkeiten, Stärken und Schwächen, …) |

|  |
| --- |
| **4. Lern- und Arbeitsverhalten**  (Motivation, mündliche Mitarbeit, Ordnung, Konzentration, Handlungsplanung, Umsetzung von Arbeitsanweisungen, Arbeitstempo, Arbeitsweise, Ausdauer, Sorgfalt, Selbständigkeit, Ablenkbarkeit, …) |

|  |
| --- |
| **5. Sozialverhalten**  (Kontaktfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Konfliktverhalten, Impulsivität, Regelverhalten, Anfälligkeit in bestimmten Situationen, Reaktionen auf pädagogische Maßnahmen, Verhalten gegenüber Mitschülern und Sachen, Verhalten im Unterricht und in der unterrichtsfreien Zeit, Selbstbild, Position des Kindes in der Klasse, …) |

|  |
| --- |
| **6. Besondere Vorgaben, Interessen, Vorlieben** |

|  |
| --- |
| **7. Bewertung der Lehrkraft: Mögliche Ursachen des Problems**  Wo sehen Sie als Lehrkraft die Ursache des Problems? |

|  |
| --- |
| **8. Konkrete Fragestellung**  In welcher spezifischen Fragestellung kann der Sonderpädagogische Dienst unterstützen? |

Unterschrift: Datum: Datum eingeben.  
 *(Lehrkraft)*

Unterschrift(en): Datum: Datum eingeben.  
 *(Schulleitung)*

Unterschrift: Datum: Datum eingeben.  
 *(Sorgeberechtigte Person 1)*

Unterschrift: Datum: Datum eingeben.  
 *(Sorgeberechtigte Person 2)*