

**Elternfragebogen zum Antrag einer Schulbegleitung**  
**In der Klasse \_\_\_\_\_, Schule \_\_\_\_\_.**

**Persönliche Daten des Kindes**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

**Sorgberechtigte Person:**  Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichende Anschrift: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Ggf. abweichende Anschrift: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Familiensprache: \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind zurzeit besondere Therapien, Förderangebote oder Hilfen?

- Krankengymnastik: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche durch \_\_\_\_\_
- Ergotherapie: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche durch \_\_\_\_\_
- Sprachtherapie: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche durch \_\_\_\_\_
- Familienhilfe: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche durch \_\_\_\_\_
- Erziehungshilfe: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche durch \_\_\_\_\_
- Tagesmutter: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche durch \_\_\_\_\_
- Psychotherapie: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche durch \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Stunden/Woche durch \_\_\_\_\_

Nehmen Sie sonstige Betreuungs- und/oder fördernde Angebote (Sport-/Spielgruppen, Hausaufgabenhilfe o. ä.) in Anspruch?

- Nein     Ja (Welche?) \_\_\_\_\_

Welche behandelnden Ärzte suchen Sie auf?

- Sozialpädiatrisches Zentrum: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)
- Augenarzt: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)
- Hals-Nasen-Ohren-Arzt: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)
- Orthopäde: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)
- Pädaudiologe: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)
- Psychiater/Psychologe: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)
- Kinderarzt: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)
- Allgemeinmediziner: \_\_\_\_\_ (Name, Ort)
- Andere: \_\_\_\_\_

Liegen aktuelle Berichte oder Dokumentationen aus Therapien, Förderangeboten oder Arztbesuchen (Sozialpädiatrisches Zentrum) vor?

- Nein                       Ja (**Bitte beifügen!**)

**Liegen folgende Diagnosen vor ?**

ADS/ADHS:  Nein  Ja (wo wurde diese festgestellt?) \_\_\_\_\_

Autismus:  Nein  Ja (wo wurde diese festgestellt?) \_\_\_\_\_

Welche Art Autismus liegt vor? \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Nein  Ja (Wie oft? Welche?) \_\_\_\_\_

Nutzt Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

- Sehen (z. B. Brille, Lupe o. ä.) \_\_\_\_\_
- Hören (z. B. Hörgerät) \_\_\_\_\_
- Gehen (z. B. Orthese, Rollstuhl) \_\_\_\_\_
- Sprache (z. B. Talker) \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Krankheiten, die derzeit eine regelmäßige Behandlung erfordern?

Nein  Ja (Welche?) \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen?

Nein  Ja (Welche?) \_\_\_\_\_

Sind bei Ihrem Kind in nächster Zeit Operationen geplant?

Nein  Ja (Welche?) \_\_\_\_\_

Bekommt/bekam Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen?

- Nein  Ja
- Pflegegeld, Pflegegrad \_\_\_\_\_
  - Behindertenausweis, GdB \_\_\_\_\_, Merkzeichen \_\_\_\_\_
  - Andere: \_\_\_\_\_

Wurden in der Vergangenheit bereits Eingliederungshilfemaßnahmen gewährt?

- Nein  Ja
- Frühförderung
  - Integrationskindergarten
  - Sonderkindergarten
  - Andere: \_\_\_\_\_

Wo liegt aus Ihrer Sicht derzeit der besondere Hilfebedarf Ihres Kindes im schulischen Bereich?

---

---

Konnte Ihr Kind seine Selbständigkeit innerhalb der Schule (ggf. des Kindergartens) bereits erweitern? Wenn ja, in welchen Bereichen?

---

Ist Ihr Kind gut integriert, hat es Freunde in der Schule/Kindergarten und im privaten Bereich?

---

Was macht Ihr Kind in der Freizeit?

---

Gibt es zuhause Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Kind?

---

Welche realistischen Ziele können nach Ihrer Meinung mit der Schulbegleitung erreicht werden?

---

---

---

Wie könnte die weitere Förderung und Hilfestellung für Sie und Ihr Kind aussehen?

---

---

---

Datum

---

Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift/Heimanschrift

**Urschriftlich zurück an**  
**Landkreis Aurich**  
**-Sozialamt-**  
**Fräuleinshof 3**  
**26506 Norden**

Betr.:II/50 / (sofern bereits vorhanden)

## S c h w e i g e p f l i c h t e n t b i n d u n g

Für die Entscheidung über meinen Antrag auf Kostenübernahme einer Schulbegleitung/Inklusionshilfe entbinde ich persönlich, oder sofern eine gesetzliche Betreuung bzw. eine in diesem Umfange erteilte Bevollmächtigung eingerichtet wurde als amtlich bestellter Betreuer bzw. Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
*Ggf. Name des Bevollmächtigten/Betreuers  
Eine Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Bevollmächtigung ist beizufügen.*

die mit der Begutachtung befassten Ärzte des Amtsärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes des Landkreises Aurich von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem Sozialamt des Landkreises Aurich.

Die über mich von dort erstatteten Gutachten und Berichte werden dem Sozialamt des Landkreises Aurich für die Bearbeitung des genannten Antrags zur Verfügung gestellt.

Der Amtsärztliche Dienst des Gesundheitsamtes des Landkreises Aurich kann sich alle für die Begutachtung relevanten Daten (Krankengeschichte, hausärztliche und fachärztliche Befunde/Begutachtungsergebnisse, Gutachten, Pflegedokumentationen, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen) anfordern.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens für die Dauer der Maßnahme.

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift