

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

**Persönliche Daten des Kindes**

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

Geschlecht:       weiblich       männlich

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

**Sorgeberechtigte 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

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

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

## Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Wohnort:	

Ich befreie die/den Mitarbeiter/in:

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber/wechselseitig:

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

\_\_\_\_\_ (Name, Institution)

im Hinblick auf personenbezogene/medizinische Daten/Unterlagen, welche zur Feststellung des notwendigen Hilfeumfanges im Rahmen der Eingliederungshilfe benötigt werden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt im Falle einer Bewilligung längstens bis zum Ende des festgestellten Hilfezeitraums.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort	Datum	Unterschrift
		(ggfs. gesetzl. Betreuer/in, Bevollmächtigter/in, Erziehungsberechtigte/r)