

## Anmeldebogen LVR-Louis-Braille-Schule

<b>Schüler*in</b>	
<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefonnr. Ansprechpartner*in:</b>	
<b>Nationalität:</b>	
<b>In Deutschland seit:</b>	
<b>Sprache(n) in der Familie:</b>	
<b>Sprachen des Kindes:</b>	
<b>Konfession:</b>	
<b>Schwerbehindertenausweis:</b>	<input type="checkbox"/> ja, liegt vor <input type="checkbox"/> nein, liegt nicht vor Ja: GdB:

<b>Eltern/ Erziehungsberechtigte</b>		
<b>Pflegeeltern:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vormundschaft	
	<b>Elternteil I</b>	<b>Elternteil II</b>
<b>Name:</b>		
<b>Vorname:</b>		
<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
<b>Adresse:</b>		
<b>Telefon – Festnetz:</b>		
<b>Telefon – Handy:</b>		
<b>Kurzwahl (Schule):</b>		

<b>E-Mail:</b>		
<b>Sorgeberechtigt:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nein: Wer?:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nein: Wer?:
<b>Geburtsort:</b>		
<b>Nationalität:</b>		
<b>Konfession:</b>		

<b>Weitere Ansprechpersonen (im Notfall zu erreichen!)</b>	
<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Funktion:</b> (z.B. Stiefvater, Tante, Dolmetscher*in)	
<b>Telefon:</b>	

<b>Name, Vorname:</b>	
<b>Funktion:</b> (z.B. Stiefvater, Tante, Dolmetscher*in)	
<b>Telefon:</b>	

<b>Sozialleistungen</b>	
<b>Erhalten Sie Sozialleistungen?</b> (Bildung und Teilhabe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Internat</b>	
<b>Wohnen im Internat?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ja: Kostenübernahme?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ja: 5- oder 7-Tage-Woche?</b>	<input type="checkbox"/> 5 Tage <input type="checkbox"/> 7 Tage

<b>Bei Einschulung</b>	
<b>Kindergarten:</b>	
<b>Frühförderung für blinde und sehbeeinträchtigte Kinder:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: Durch wen?
<b>anderweitige Frühförderung: (HK, heilpädagogisch...)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: Durch wen?

Bei Quereinsteiger*innen	
<b>Datum der ersten Einschulung:</b>	
<b>Name der letzten Schule:</b>	
<b>Schulbesuchsjahre im In- und Ausland:</b>	

Förderschwerpunkte laut AO-SF-Bescheid	
<input type="checkbox"/> Sehen (sehbehindert)	<input type="checkbox"/> Sehen (blind)
<input type="checkbox"/> Lernen	<input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung
<input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/> Emotionale und soziale Entwicklung
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation
<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> noch nicht beschieden

Medizinisch	
<b>Sehen/ augenärztlicher Befund:</b> (genauere Informationen siehe Arztberichte)	
<b>Name und Kontaktdaten des Augenarztes:</b>	
<b>Hören/ HNO-Befund:</b> (genauere Informationen siehe Arztberichte)	
<b>Name und Kontaktdaten des Kinderarztes/ Hausarztes:</b>	
<b>weitere Grunderkrankung(en):</b> (genauere Informationen siehe Arztberichte)	
<b>Medikamente:</b> (regelmäßige Medikation?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: Siehe „Ärztliche Bescheinigung und Antrag“
<b>Notfall:</b> (Medikamente und Maßnahmen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: Siehe „Ärztliche Bescheinigung und Antrag“
<b>Allergien:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: Welche?
<b>Epilepsie:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: Krampfbild:
<b>Impfpass vorliegend:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Implantate, Prothesen:</b> (Glasauge, Shunt, Schrittmacher, Cochlea, Insulinpumpe...)	

<b>Aktuelle ärztliche Befunde vorliegend:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Krankenkasse:</b>	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat Name:

Nahrungsaufnahme	
<b>Selbstständig:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Mit Unterstützung:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Ernährung per Sonde:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: Sondenart:
<b>Normal, passiert, flüssig?</b>	
<b>Weitere Informationen:</b>	

Pflegebedarf	
<b>Vollpflege:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Unterstützung bzgl. Toilette/ Hygiene notwendig?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Weitere Informationen:</b>	

Therapie	
<b>Therapiebedarf:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie
<b>Bisherige Therapien:</b>	

Unterstützte Kommunikation (UK)	
<b>Liegt ein Bedarf für Unterstützte Kommunikation vor?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ja: Siehe UK-Anmeldebogen

Orientierung und Mobilität (O&M)	
<b>Bereits O&amp;M-Schulung erhalten</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wenn ja:</b>	
<b>Wer hat die Schulung durchgeführt?</b>	
<b>Wann hat die Schulung stattgefunden?</b>	
<b>Wo hat die Schulung stattgefunden?</b> (Schulgebäude und -gelände, Straßenverkehr, zu Hause)	
<b>Hilfsmittel vorhanden:</b>	

(Langstock, Monokular...)	
---------------------------	--

**Vorhandene Hilfsmittel (zusätzlich zu UK und O&M)**

<p><b>Arbeitsplatzausstattung:</b> (Bildschirmlesegerät, Lupe, Braillezeile, Laptop, Jaws, Zoomtext, Arbeitsplatzleuchte...)</p>	
<p><b>Motorik:</b> (Rollstuhl, Stehständer, NF-Walker...)</p>	
<p><b>Sehen/ Hören:</b> (Brille, Kontaktlinsen, Hörgerät, Mikroportanlage...)</p>	

**Weitere Infos/ Besonderheiten**  
(besondere Verhaltensweisen, Reaktion auf bestimmte Reize...)

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift