

Anmeldebogen LVR-Louis-Braille-Schule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vorhandene Hilfsmittel (zusätzlich zu UK und O&M)

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

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

Datum, Unterschrift