

**Mobiler Dienst emotionale und   
soziale Entwicklung (ES)**

Primarstufe

Sekundarstufe

Ackerstraße 8

28832 Achim

Telefon: 04202 883210

Fax: 04202 883223

beratung@eksachim.de

|  |
| --- |
| **Angaben der meldenden Person** |
| Name, Vorname |
| Stellung zum Kind |
| Anschrift |
| Telefon / E-Mail |

**Anfrage**

Fallbezogene Beratungsanfrage (Punkte 1 bis 8)

Fallunabhängige Beratungsanfrage (Punkte 3 bis 5 und 8)

Autismus-Spektrum-Störung:  diagnostiziert  vermutet

**1 Daten der Schülerin / des Schülers**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | | Festgestellter Förderbedarf  ES  L        vom | | |
| Geburtsdatum | Klasse | | | Schulbesuchsjahr |
| Erziehungsberechtigte | | | | |
| Anschrift | | | | |
| Telefon | | | E-Mail | |

**2 Einverständnis der Eltern / Erziehungsberechtigten**

Die Eltern / Erziehungsberechtigten sind informiert und einverstanden.

**3 Daten der Schule**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name der Schule | | | |
| Anschrift | | | |
| Kontaktperson | | | |
| Telefon dienstlich | Telefon privat | | **ISERV** - E-Mail |
| Zeitfenster 1. Pause/Erreichbarkeit | | Zeitfenster 2. Pause/Erreichbarkeit | |

**4 Unterrichtung der Schulleitung – B&U Anfrage**

Die Schulleitung ist über die Anfrage informiert. (Angabe nur von meldender Lehrkraft)

B&U Anfrage erledigt (Angabe nur von meldender Lehrkraft/ Schule)

**5 Problembeschreibung**

|  |  |
| --- | --- |
| a) Die Schülerin / Der Schüler |  |
| hat Probleme, Unterrichtsorte aufzusuchen | meidet Blickkontakt |
| kann den Arbeitsplatz nicht einrichten | versteht wortwörtlich |
| arbeitet sehr langsam | zeigt selten eine Aufmerksamkeitsrichtung |
| benötigt viel Zuspruch | spricht Kinder nicht adäquat oder gar nicht an |
| sorgt für Unterrichtsstörungen | benötigt oft Impulse und zusätzliche Hinweise |
| ist oft an Konflikten beteiligt | zeigt selten einen adäquaten Umgang mit anderen |
| zeigt Rückzugsverhalten (z. B. ängstlich, gehemmt, depressiv) | zeigt selbststimulierendes Verhalten |
|  | |
| b) Sonstiges | |

**6 Stärken der Schülerin/des Schülers**

|  |
| --- |
|  |

**7 Welche Maßnahmen sind bereits durchgeführt worden?**

|  |
| --- |
| Förderunterricht/ Differenzierungsmaßnahmen |
| Elterngespräche  pädagogische Gespräche  Beratungslehrerin/ Beratungslehrer  Schulpsychologin/ Schulpsychologe  PM „Inklusion“ einbezogen  Schulbegleitung  FöL´n einbezogen, Name: |
| Weitere pädagogische Maßnahmen |
| Kinderärztin / Kinderarzt  Amtsarzt  KJP/SPZ  Ergotherapie  Psychomotorik  Sprachtherapie  Lerntherapie  Erziehungsberatungsstelle  Fachdienst Jugend und  Autismustherapie  Kinder-/Jugendpsychiater Familie (Jugendamt) |
| Familienunterstützende Maßnahmen (z. B. Familienhilfe) |

**8 Mögliches Ziel der Beratung**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift der meldenden Person |