

# Erfassungsbogen SVE-/Schulbegleitung

Erfassungsbogen für Schuljahr \_\_\_\_ / \_\_\_\_ in Klasse: \_\_\_\_

SVE-Begleitung

Schulbegleitung  
Regelschule

Schulbegleitung  
Förderschule

Neuantrag

Verlängerungsantrag

**vom Erziehungsberechtigten auszufüllen!**

## 1. Persönliche Angaben des Kindes bzw. des/der Jugendlichen

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Schule	

## 2. Diagnosen (bitte ärztliche Berichte beilegen)

Diagnosen (bitte ärztliche Berichte beilegen)	
Behinderungen	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> seelische Behinderung nach ICD 10:
	<input type="checkbox"/> Epilepsie Letzter Anfall: Häufigkeit der Anfälle: Besteht Lebensgefahr bei einzelnen Anfällen: Anzahl der Notarzteinsätze pro Monat:
Chronische Erkrankungen, die den Betreuungs- und Pflegebedarf erhöhen (z. B. Diabetes, Allergien, Hepatitis)	

## 3. Aufenthalte und Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie / im Krankenhaus / beim Facharzt im letzten Schuljahr

Wann	
Ort	
Medikation	



**Hinweis:**  
Die nachfolgenden Angaben sind von der SVE/Schule in Absprache mit den Eltern auszufüllen

**4. Therapeutische Behandlungsmaßnahmen während der SVE-/Schulzeit (vom Unterricht abwesend)**

	Stunden pro Woche
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Physiotherapie	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

**5. Mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD)**

MSD (Regelschule)		Evtl. Ansprechperson:
Zeitlicher Umfang		
Findet eine Einzelförderung des Kindes bzw. der/des Jugendlichen durch den MSD statt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die Anwesenheit der SVE-/Schulbegleitung notwendig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**6. Lebenspraktische Hilfestellungen und einfache pflegerische Tätigkeiten**

**6.1 Besondere Hilfen bei Alltagsverrichtungen**

Essen		<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine
Toilette		<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine
Kleidung		<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> keine

**6.2 Hilfestellung bei der Vorbereitung des Arbeitsplatzes**

**6.3 Medizinisch-pflegerische Versorgung (z. B. PEG, Stoma, Katheter, Beatmungsgerät, Baclophenpumpe, Trachealkanüle, regelmäßiges Umlagern, Hilfsmittelversorgung etc.)**

**Hinweis:**

Sollten o. g. medizinisch-pflegerische Tätigkeiten erforderlich sein, bitten wir eine **ärztliche „Verordnung über häusliche Krankenpflege“** im Rahmen der Behandlungspflege während der SVE-/Schulzeit einzureichen.

--

**7. Hilfen zur Mobilität, Motorik, Orientierung und Wahrnehmung**

Mobilität	
Motorik	
Orientierung	
Wahrnehmung	

**8. Unterstützung im sozialen und emotionalen Bereich sowie bei Krisen**

**Herausforderndes Verhalten**

<input type="checkbox"/> Fremdgefährdendes Verhalten <input type="checkbox"/> Selbstgefährdendes Verhalten <input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Zwanghafte Verhaltensweisen	<input type="checkbox"/> gesteigertes Angst- und Rückzugsverhalten <input type="checkbox"/> Weglauftendenzen <input type="checkbox"/> gesteigertes Unruhverhalten <input type="checkbox"/> Enuresis/Enkopresis <input type="checkbox"/>
<p><b>Anmerkungen zu den genannten Verhaltensweisen und notwendige Maßnahmen</b></p> <p>(notwendige Auszeiten / besonders intensives, häufiges Auftreten / räumliche Notwendigkeiten / Häufigkeit des Auftretens)</p>	

**9. Unterstützung bei der Kommunikation mit dem SVE-Personal/Lehrkräften und anderen SVE-Kindern bzw. Mitschülern:innen**

**9.1 Kommunikation**

Entwicklung der expressiven Sprache und Beschreibung der notwendigen Maßnahmen	
Entwicklung der rezeptiven Sprache und Beschreibung der notwendigen Maßnahmen	
<input type="checkbox"/> Unterstützte Kommunikation erforderlich	
<input type="checkbox"/> Basale Kommunikation erforderlich	

**9.2 Weitere besondere Hilfebedarfe**

**9.3 Rahmenbedingungen im Klassenverband für das beantragte SVE-/Schuljahr**

Personelle Ausstattung in der SVE-Gruppe/Klasse	
Anzahl der Kinder bzw. Schüler:innen, die in der Klasse beschult werden	
Ist in der SVE-Gruppe/Klasse ein/e weitere/s/r Kind bzw. Schüler:in mit SVE-/Schulbegleitung?	<input type="checkbox"/> ja (Name und Stundenumfang) <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Maßnahmekombination denkbar?	

### 9.4 Zeitlicher Umfang Schulbegleitung der SVE-/Schulbegleitung

	Die SVE-/Schulbegleitung ist zu folgenden Zeiten notwendig
<input type="checkbox"/> Lt. Stundenplan oder	
<input type="checkbox"/> zu folgenden Unterrichtszeiten	
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
<input type="checkbox"/> Eine Vorbereitungszeit ist notwendig (Bitte Uhrzeit angeben)	
<input type="checkbox"/> Eine Nachbereitungszeit ist notwendig (Bitte Uhrzeit angeben)	

**Hinweis: Schulbegleitungen haben die Aufgabe, Teilhabe am Unterricht der Schule zu ermöglichen. Sie nehmen keine unterrichtlichen Aufgaben wahr und sind keine „Ersatzlehrkräfte“.**

Ort, Datum	Unterschrift, Stempel der SVE/Schule

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern / sorgeberechtigten Person/en