**Anfrage einer Fallberatung**

**Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,**

bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen am PC aus – Namen und Adressen unter 2., 3., 4., 8. und 9. bitte nur bei vorliegender **Schweigepflichtentbindung**!

Die Inhalte sollten durch die Klassenleitung, ein Mitglied der Schulleitung oder eine Sonderpädagogische Lehrkraft ausgefüllt und erst nach Rücksprache mit der Schulleitung **über das Kontaktformular**

[**https://gl.kreis-warendorf.de/beratung/multiprofessionelles-mobiles-team.html**](https://gl.kreis-warendorf.de/beratung/multiprofessionelles-mobiles-team.html)

**als pdf hochgeladen werden.**

1. **Anfrage - Daten**
2. **Daten:**

Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

**Wer fragt das INKLUSIONSTEAM an?**

Name und Adresse der Institution:

Name und Daten der anfragenden Person:

Rolle / Aufgabe:

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Kontaktdaten (Email/Telefon): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Welche Ansprechpartner gibt es in der Schule in Bezug auf das Kind oder das Thema „Herausforderndes Verhalten“?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rolle/****Gremium** | **Ansprechpartner** | **Kontaktdaten** |
| Schulleitung |       | Email:  |       |
| Telefon: |       |
| Klassenleitung |       | Email:  |       |
| Telefon: |       |
| Sonderpädagogische Lehrkraft |       | Email:  |       |
| Telefon: |       |
| Schulsozialarbeiter\*in |       | Email:  |       |
| Telefon: |       |
| Schulbegleitung/ÜII-Fachkraft/Bezug-betreuer\*in |       | Email:  |       |
| Telefon: |       |
| Weitere: |       | Email:  |       |
| Telefon: |       |

1. **Daten zum Kind**

Name des Kindes (nur wenn eine Schweigepflichtentbindung vorliegt): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum (bitte immer angeben!):

Junge [ ]  Mädchen [ ]  Divers [ ]

Schule: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Schulbesuchsjahre:

Klasse:

Bitte fügen Sie hier den aktuellen Stundenplan des Kindes mit Unterrichtszeiten ein.

|  |
| --- |
|  |

**Unterstützungsbedarf im Bereich:**

AO-SF: Wählen Sie ein Element aus.

Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf:Wählen Sie ein Element aus.

Weiterer Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf: Wählen Sie ein Element aus.

**d. Familiensituation/Lebensumfeld**

Zutreffendes bitte ankreuzen (Namen/Adressen nur bei vorliegender Schweigepflichtentbindung!)

Wo lebt das Kind / der Jugendliche?

[ ]  Eltern 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Vater (alleinerziehend) 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Mutter (alleinerziehend) 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Pflegefamilie 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Wohngruppe 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Schutzstelle 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Tagesgruppe 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Vormund 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wer ist sorgeberechtigt?

[ ]  Eltern

[ ]  Vater (alleinerziehend)

[ ]  Mutter (alleinerziehend)

[ ]  Vormund 🡪 Name, Anschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Anlass und Anliegen der Anfrage:**

Bitte in Stichworten: (anonym, wenn keine Schweigepflichtentbindung vorliegt)

|  |
| --- |
|  |

1. **Fallverlauf**
2. **Chronologischer Fallverlauf (inkl. kritische Lebensereignisse; ggf. Maßnahmen / Unterstützung)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zeit (Monat/Jahr)** | **Ereignis** |
|       |       |
|       |       |
| … | … |

1. **Sind ein regelmäßiger Austausch und eine unterstützende Kooperation der einzelnen Teammitglieder in diesem Fall gewährleistet?**

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, wie werden Austausch und Kooperation gestaltet?

|  |
| --- |
|       |

1. **Falls vorhanden: Gibt es verbindliche Vereinbarungen mit der I-Kraft, welche Aufgaben sie übernehmen soll bzw. wie sie ihre Rolle füllen soll?**

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche Vereinbarungen sind das?

|  |
| --- |
|       |

Wurden diese schriftlich fixiert? [ ]  ja [ ]  nein

1. **Leistungsentwicklung/Auffälligkeiten: z.B. linear, in Sprüngen, Leistungsabfall, Blockaden:**

|  |
| --- |
|       |
| 1. **Emotionale soziale Entwicklung des Kindes/ Jugendlichen**
 |

Wo sehen Sie Ressourcen und Stärken des Kindes?

|  |
| --- |
|  |

Wo sehen Sie noch Entwicklungsaufgaben des Kindes?

|  |
| --- |
|  |

1. **Wurde ein Verhalten beobachtet, das selbst- oder fremdgefährdende Aspekte zeigte?**

ja [ ]  nein [ ]

Wenn ja: In welchen konkreten Situationen ist das Verhalten gezeigt worden? (Wann? Wo?)

|  |
| --- |
|       |

Was genau passiert in diesen Situationen?

|  |
| --- |
|       |

Gibt es feste Beteiligte an diesen Situationen?

|  |
| --- |
|       |

Wie häufig tritt es auf?

[ ]  nur einmalig

[ ]  selten (ca. 1x pro Monat oder weniger)

[ ]  häufig (mehrmals im Monat)

[ ]  sehr häufig (mehrmals pro Woche)

Bemerkungen:

|  |
| --- |
|       |

Gibt es erkennbare Faktoren/Aspekte, die das Verhalten auslösen könnten?

|  |
| --- |
|       |

Wann tritt das Verhalten zuverlässig *nicht* auf?

|  |
| --- |
|       |

1. **Durchgeführte (sonderpädagogische) Fördermaßnahmen**

[ ]  Diagnostik / Lernstandserhebung

[ ]  Schullaufbahnberatung

[ ]  Förderplanung

[ ]  Nachteilsausgleich

[ ]  individuelle Einzel- und/oder Kleingruppenförderung

[ ]  angepasstes Classroom-Management am Unterstützungsbedarf der Schülerin/des Schülers

[ ]  Differenziertes Lernmaterial

[ ]  Feedback- und Reflexionsrituale

[ ]  Lernentwicklungsgespräche

[ ]  Individuelle Auszeiten während des Unterrichts

[ ]  Angebote eines Rückzugsortes

[ ]

[ ]

Hierzu noch ergänzende Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |

1. **Durchgeführte pädagogische Maßnahmen:**

[ ]  Lernpaten

[ ]  Gespräche mit den Erziehungsberechtigten

[ ]  Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen

[ ]  Klassenwechsel aus pädagogischen Gründen

[ ]  Verkürzte Beschulung/temporäre Beschulung

[ ]  Rückbeschulung/Rücktritt

[ ]

[ ]

Hierzu noch ergänzende Anmerkungen:

|  |
| --- |
|       |

1. **Durchgeführte Ordnungsmaßnahmen:**

[ ]  schriftlicher Verweis

[ ]  Überweisung in eine parallele Klasse oder Lerngruppe

[ ]  vorübergehender Ausschluss vom Unterricht

[ ]  vorübergehender Ausschluss von schulischen Veranstaltungen

[ ]  Androhung der Entlassung von der Schule

[ ]

Hierzu noch ergänzende Anmerkungen:

|  |
| --- |
|       |

1. **Kooperationen/Unterstützungsmaßnahmen**
2. **Welche Unterstützungsangebote im System Schule werden/wurden bereits genutzt?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institution** | **Ansprechpartner/ Anschrift** | **Von \_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Schulpsychologische Beratungsstelle des Kreises Warendorf |       |       |
| Dem wechselseitigen Austausch des INKLUSIONSTEAMS mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle des Kreises Warendorf stimmen wir zu. [ ]  ja [ ]  nein |
| Inklusionsfachberatung |       |       |
| Dem wechselseitigen Austausch des INKLUSIONSTEAMS mit der Inklusionsfachberatung des Kreises Warendorf stimmen wir zu. [ ]  ja [ ]  nein |
| ESE - Fachberatung |       |       |
| Dem wechselseitigen Austausch des INKLUSIONSTEAMS mit der ESE - Fachberatung des Kreises Warendorf stimmen wir zu [ ]  ja [ ]  nein |
| Jugendamt, z.B. im Rahmen von ÜII/LUISa/Bezugs-betreuer |       |       |
| OGS/ÜMI |       |       |
| Schulsozialarbeit |       |       |
| Weitere:       |       |       |

Welche Fortbildungsangebote haben Sie – bezogen auf den Bedarf der Schülerin/des Schülers - bereits genutzt?

|  |
| --- |
|       |

1. **Kooperation der Eltern/Bevollmächtigten (Wohngruppe, Pflegefamilie, etc.)**

Bitte beschreiben Sie (subjektiv) die bisherige Zusammenarbeit mit den Eltern/Bevollmächtigten

(regelmäßige Gespräche, Gesprächsanlässe, Vereinbarungen, Kooperation).

|  |
| --- |
|       |

1. **Jugendhilfemaßnahmen** Zutreffendes bitte ankreuzen (Namen/Adressen nur bei vorliegender Schweigepflichtentbindung!)

|  |  |
| --- | --- |
| **Maßnahme** | **Träger/ Ansprechpartner/ Anschrift** |
| [ ]   | Integrationskraft/ÜII/Bezugsbetreuer\*in/LUISa |       |
| [ ]  | SPFH |       |
| [ ]  | Erziehungsbeistand |       |

**d. Therapeutische Maßnahmen** Zutreffendes bitte ankreuzen (Namen/Adressen nur bei vorliegender Schweigepflichtentbindung!)

|  |  |
| --- | --- |
| **Maßnahme** | **Institution/ Ansprechpartner/ Anschrift** |
| [ ]  | Ergotherapie |       |
| [ ]  | Logopädie |       |
| [ ]  | Psychologische Maßnahmen |       |
| [ ]  | Ambulant psychiatrische Maßnahmen |       |
| [ ]  | Stationäre psychiatrische Maßnahmen |       |

Welche behandelnden **Ärzte** sind involviert?

|  |
| --- |
|       |

Welche **Diagnosen** sind bekannt?

|  |
| --- |
|       |

1. **Anliegen an das Inklusionsteam**

[ ]  Beratung und Unterstützung im Umgang mit dem hier beschriebenen herausfordernden Verhalten

[ ]  Beratung in der Gestaltung des Lern- und Entwicklungsprozesses der Schülerin/des Schülers

[ ]  Konzeptionelle Beratung im Umgang mit herausforderndem Verhalten generell

Können Sie schon konkrete Beratungs- oder Unterstützungsthemen benennen?

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Klärung, ob die temporäre Beschulung am Lernort eine geeignete Fördermaßnahme sein kann

[ ]  weitere Wünsche:

|  |
| --- |
|       |

**Bitte reichen Sie folgende Unterlagen als pdf-Datei über das Kontaktformular** [**https://gl.kreis-warendorf.de/beratung/multiprofessionelles-mobiles-team.html**](https://gl.kreis-warendorf.de/beratung/multiprofessionelles-mobiles-team.html) **ein:**

* Fragebogen
* ggf. Schweigepflichtentbindung
* Lern- und Entwicklungsplan/Förderplan
* ggf. Nachteilsausgleich
* ggf. alle vorliegenden diagnostischen Daten sowie Entwicklungs-/ Therapieberichte, etc.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**