**Anfrage einer Fallberatung**

**Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,**

bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen am PC aus – Namen und Adressen bitte nur bei vorliegender **Schweigepflichtentbindung**, sonst bitte NN für den Namen eintragen.

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.

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

**Es handelt sich um eine Anfrage bzgl.**

**„**Herausforderndes Verhalten“  „Schulabsentismus“  es treffen beide Thematiken zu

**Wer fragt das INKLUSIONSTEAM an?**

Name und Adresse der Institution:

Name und Daten der anfragenden Person:

Rolle / Funktion:  Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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

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

1. **Daten zum Kind**

Geburtsdatum (bitte immer angeben!):

Junge  Mädchen  Divers

Schule: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klasse:

Schulbesuchsjahr:

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.

Psychische Erkrankung: ☐ Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Autismus-Spektrum: ☐

Schulabsentes Verhalten: ☐

**d. Familiensituation/Lebensumfeld**

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

Wo lebt das Kind, bzw. der/die 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.

Was ist zur familiären Situation bekannt (Geschwister, besondere Belastungen/ Krankheiten/ Diagnosen, Risikofaktoren, soziale Ressourcen, …)?

|  |
| --- |
|  |

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

Was ist der **Anlass** (Auslöser) Ihrer Beratungsanfrage?

|  |
| --- |
|  |

Welches **Anliegen** (Wunsch) haben Sie an das Inklusionsteam?

|  |
| --- |
|  |

1. **Bei herausforderndem Verhalten:**

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)

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

|  |
| --- |
|  |

Wann tritt das Verhalten zuverlässig ***nicht*** auf?

|  |
| --- |
|  |

Hierzu ergänzende Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |

1. **Bei schulabsentem Verhalten:**

Wie hat sich das schulabsente Verhalten **entwickelt**? Ist aus der Vergangenheit schulabsentes Verhalten bekannt?

|  |
| --- |
|  |

Wie genau **zeigt** sich das schulabsente Verhalten aktuell (Häufigkeit, Umfang, Kontexte, …)?

|  |
| --- |
|  |

Welche **auslösenden Faktoren** sind bekannt oder werden vermutet?

|  |
| --- |
|  |

Unter welchen **Voraussetzungen** tritt das schulabsente Verhalten zuverlässig ***nicht*** auf?

|  |
| --- |
|  |

Hierzu ergänzende Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Zeit (Monat/Jahr)** | **Ereignis** |
|  |  |
|  |  |
| … | … |
| Tabelle bitte beliebig fortführen |  |

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 Schulbegleitung, 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. **Allgemeines Lernverhalten** (Konzentration, Motivation, Ausdauer, Frustrationstoleranz,…):

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Emotionale soziale Entwicklung** (z.B. Kontaktverhalten, Beziehungsverhalten, Umgang mit Emotionen, Umgang mit Sachgegenständen, Regelverhalten, Konfliktverhalten, emotionale-soziale Kompetenzen wie Empathie, Hilfsbereitschaft, Rücksicht, Kompromissbereitschaft, Verantwortungsbereitschaft, Ängste, Psychische Erkrankungen):

Bitte beschreiben Sie **Ressourcen und Stärken** des Kindes im Hinblick auf oben genannte Kriterien:

|  |
| --- |
|  |

Bitte beschreiben Sie **Herausforderungen und Entwicklungsaufgaben** des Kindes im Hinblick auf oben genannte Kriterien:

|  |
| --- |
|  |

1. **Durchgeführte (sonderpädagogische) Fördermaßnahmen**

Diagnostik / Lernstands-Erhebung

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 ergänzende Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |

1. **Durchgeführte pädagogische Maßnahmen:**

Lernpaten

Gespräche mit den Erziehungsberechtigten

Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen

Klassenwechsel aus pädagogischen Gründen

Verkürzte Beschulung/ temporäre Beschulung/ hybride Beschulung/ Distanzunterricht/ Hausunterricht (***nicht Zutreffendes bitte streichen****)*

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

Bußgeldverfahren

Versäumnisanzeige

Hierzu ergänzende Anmerkungen:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institution** | **Ansprechpartner/ Anschrift** | **Von \_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| OGS/ÜMI |  |  |
| Schulsozialarbeit |  |  |
| Schulpsychologische Beratungsstelle des Kreises Warendorf |  |  |
| Im Falle einer erfolgten Beratung stimmen wir dem wechselseitigen Austausch des INKLUSIONSTEAMS mit der Schulpsychologischen Beratungsstelle des Kreises Warendorf zu.  ja  nein | |
| Fachberatung  □ ESE  □ ASS (Autismus)  □ Inklusionsfachberatung  □ ………… |  |  |
| Im Falle einer erfolgten Beratung stimmen wir dem wechselseitigen Austausch des INKLUSIONSTEAMS mit der jeweiligen Fachberatung des Kreises Warendorf stimmen wir zu.  ja  nein | |
| Weitere: |  |  |

Falls Sie bereits eine Beratung durch die Schulpsychologie und/oder eine der Fachberatungen wahrgenommen haben, was waren die **zentralen Beratungsergebnisse und -vereinbarungen**?

|  |
| --- |
|  |

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/ Tandem (JA Oelde) |  |
|  | SPFH |  |
|  | Erziehungsbeistand |  |

**d. Bisher erfolgte und aktuell laufende therapeutische Maßnahmen** Zutreffendes bitte ankreuzen (Namen/Adressen nur bei vorliegender Schweigepflichtentbindung!)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maßnahme** | | **Institution/ Ansprechpartner/ Anschrift** |
|  | Ergotherapie |  |
|  | Logopädie |  |
|  | Psychologische Maßnahmen  (z.B. ambulante Psychotherapie) |  |
|  | Ambulant psychiatrische Maßnahmen  (z.B. medikamentöse Einstellung und Begleitung) |  |
|  | (Teil-)stationäre psychiatrische Maßnahmen  (z.B. psychiatr. Tagesklinik oder Klinik) |  |
| ☐ | … |  |

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 und Unterstützung im Umgang mit **schulabsentem** 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?

|  |
| --- |
|  |

Beratung, ob die **temporäre Beschulung**

am Schulischen Lernort

am Schulischen Digitalen 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!**