**Fragebogen zur Anfrage einer Fallberatung**

**Sehr geehrte KollegInnen,**

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 auf der Seite <https://gl.kreis-warendorf.de/beratung/multiprofessionelles-mobiles-team.html> als .pdf-Datei hochgeladen werden.

1. **Anfrage**
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: |  |
| Schulsozial-arbeiter\*in |  | Email: |  |
| Telefon: |  |
| Schulbegleitung/  ÜII-Fachkraft/  Bezug-betreuer\*in |  | Email: |  |
| Telefon: |  |
| Weitere: |  | Email: |  |
| Telefon: |  |

1. **Anlass der Anfrage:**

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Informationen zum Kind**

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

Geburtsdatum (bitte immer angeben!):

Junge  Mädchen

Schule: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Schulbesuchsjahre:

Klasse:

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

|  |
| --- |
|  |

1. **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.

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  häufig

Bemerkungen:

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Durchgeführte pädagogische Maßnahmen:**

Gespräche mit den Erziehungsberechtigten

Gespräche mit dem Kind/Jugendlichen

Individuelle Auszeiten während des Unterrichts

Rückbeschulung/Rücktritt

Angebote eines Rückzugsortes

Klassenwechsel aus pädagogischen Gründen

Verkürzte Beschulung/temporäre Beschulung

Lernpaten

Lernentwicklungsgespräche

Weitere:

|  |
| --- |
|  |

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

Weitere:

|  |
| --- |
|  |

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

Wo lebt das Kind / der Jugendliche?

Eltern

Vater (alleinerziehend)

Mutter (alleinerziehend)

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. **Chronologischer Fallverlauf (inkl. kritische Lebensereignisse/ggf. Maßnahmen/Unterstützungen)**

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

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

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

Welche Fortbildungsangebote haben Sie bereits genutzt?

|  |
| --- |
|  |

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

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 |  |
|  | SPFH |  |
|  | Erziehungsbeistand |  |

1. **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?

|  |
| --- |
|  |

1. **Wunsch des Kontaktaufnehmenden**

Beratung und Unterstützung im Umgang mit dem hier beschriebenen herausfordernden Verhalten

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

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

andere 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) **mit ein:**

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

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**