

Anamnese Erstkontakt Schulessistenz

1. Persönliche Daten

Name des/der Erziehungsberechtigten:			
Straße:			
PLZ, Wohnort:			
Telefon:			
Mobil:			
E-Mail:			
Angaben zur Person mit Unterstützungsbedarf			
Name, Vorname:			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Alter:		Geburtsdatum:	
Adresse (wenn abweichend):			
Diagnose(n) und/oder primärer Unterstützungsbedarf			
Schule und Kostenträger			
Schule:			
Klassenlehrer*in/ Ansprechpartner*in Schule:			
Kontakt (z.B. Tel./Mail):			
Schulzeiten (Uhrzeiten/ Ganztag?)			
Kostenträger			
<input type="checkbox"/> Region Hannover Eingliederungshilfe (SGB IX) <input type="checkbox"/> Region Hannover Kinder- & Jugendhilfe (SGB VIII)			
<input type="checkbox"/> Stadt Langenhagen (SGB VIII) <input type="checkbox"/> Stadt Lehrte (SGB VIII)			
<input type="checkbox"/> Landeshauptstadt Hannover (SGB IX) <input type="checkbox"/> Andere:			
Zuständige/r Sachbearbeiter*in:		Tel./Mail:	
Art/ Umfang des Kostenanerkennnisses:	<input type="checkbox"/> Bewilligt <input type="checkbox"/> Bewilligung noch ausstehend		
	Besonderer Umfang (z.B. Wegbegleitung, etc.):		

Anamnese Erstkontakt Schuassistenz

2. Gesundheitsdaten

Falls <u>Behindertenausweis</u> vorhanden	Grad der Behinderung (GdB):	%
---	-----------------------------	---

Wertmarke ja nein

B im Ausweis? ja nein

Benötigt Ihr Kind Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche Medikamente benötigt Ihr Kind?

Nimmt es diese Medikamente selbständig ein?

ja
 nein

Ich bin damit einverstanden, dass die für mein Kind notwendigen Medikamente durch die Assistenz verabreicht werden.

Eine Verabreichung erfolgt nach der aktuellen ärztlichen Medikamentenverordnung und wird den Unterlagen beigefügt.

ja nein

Epilepsie/Anfallsleiden?

ja nein

Weitere Anmerkungen (z.B. Allergien, Diabetes, Unverträglichkeiten mit anderen Medikamenten) :

3. Hilfsmittel

Rollstuhlfahrer

Beförderung im Rollstuhl notwendig

ja
 nein, es handelt sich um einen zusammenklappbaren Rollstuhl: ja / nein

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Windeln/Vorlagen
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Dusch-/Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Sonstige:.....
<input type="checkbox"/> Orthesen	<input type="checkbox"/> Lifter	
<input type="checkbox"/> orthopäd. Schuhe	<input type="checkbox"/> Pflegebett	
<input type="checkbox"/> Kopfschutz		

Anamnese Erstkontakt Schulessistenz

Anmerkungen:

Anmerkungen:

4. Pflerische Hilfen

Nahrungsaufnahme

- selbständiges Essen
- Nahrung anreichen
- Nahrung zerkleinern / Brot zubereiten
- Nahrung pürieren

Anmerkungen:

Anmerkungen:

Essenszeiten

- normale / flexible Zeiten
- Besonderheiten aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen
(z.B. Diät, Allergie, Religion)

Anmerkungen:

Anmerkungen:

Waschen

- selbständig
- mit Hilfe
- ständige Aufsicht

Anmerkungen:

Anmerkungen:

An- und Auskleiden

- selbständig
- mit Hilfe
- ständige Aufsicht

Anmerkungen:

Anmerkungen:

Anamnese Erstkontakt Schuassistenz

Lesen

ja nein

Schreiben

ja nein

7. Aufsichtsbedarf

Besteht Weglaufgefahr?

ja nein

Ist permanente Begleitung/ Aufsicht notwendig?

ja nein

Besteht eine Selbstgefährdung?

ja nein

Besteht eine Fremdgefährdung?

ja nein

8. Gewohnheiten

Hobbys, Interessen, Freizeitaktivitäten

Besonderheiten (z.B. Empfindlichkeiten laute Geräusche, Tiere)

Anamnese Erstkontakt Schulasistenz

10. Kerndaten Assistenz

Bevorzugte Assistenz: weiblich männlich egal

Vereinbarte Stunden insgesamt (Stundenplan + evtl. bewilligte Zusatzzeiten/Wegbegleitung):

	Stunden wöchentlich
--	---------------------

Sonstige Wünsche an die Schulasistenz:

11. Notizen (von der Koordinationskraft auszufüllen)

Weitere Anmerkungen:

Erstellt am:

Erstellt von: