



Förderbedarf Sprache

	JA	/	Nein
Hat das Kind eine Aussprachestörung? (Ist es dadurch schwer verständlich?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ist der Grammatikerwerb des Kindes gestört?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Verfügt das Kind über einen altersgemäßen aktiven Wortschatz?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ist das Sprachverständnis des Kindes eingeschränkt? (Kann es Anweisungen nicht verstehen? Kann es Erzählungen nicht folgen?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ist der Wortabruf des Kindes erschwert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liegt eine medizinisch diagnostizierte Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung (AVWS) vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ist die auditive Merkfähigkeit des Kindes deutlich eingeschränkt? (Kann das Kind längere Wörter und Sätze nicht wiederholen? Fällt es ihm sehr schwer etwas auswendig zu lernen?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das mehrsprachige Kind Probleme beim Erwerb seiner Muttersprache?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Verläuft der Zweitspracherwerb auffällig verzögert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind schon über ein Jahr regelmäßigen Kontakt mit der deutschen Sprache?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stottert das Kind?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind eine Kommunikationsstörung? (Traut es sich oft nicht zu sprechen? Verweigert es die Sprache in bestimmten Situationen oder bei bestimmten Personen?)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigen die Sprachschwierigkeiten das Lernen und die Teilhabe?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Beschreiben sie die Probleme in den einzelnen Bereichen auf einem Extrablatt



Förderbedarf Lernen

	JA	/	Nein
Kann das Kind dem Bildungsgang der allg. Schule folgen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind Schwierigkeiten komplexere Aufgaben zu verstehen und sind die Schwierigkeiten nicht auf das Hör-/Sprachverstehen oder das Verhalten zurück zu führen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind in Deutsch und Mathematik dauerhaft Noten schlechter als ausreichend?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ist eine Teilleistungsstörung ausgeschlossen? Alternativ: Sind die Lernprobleme in mehreren Fächern erkennbar (umfänglich)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sind die Verständnisschwierigkeiten schon länger auffallend?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liegt bereits ein IQ-Test mit einem Ergebnis zwischen 70 und 85 vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zeigt das Kind Vermeidungstendenzen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zieht sich das Kind zurück?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wird das Verhalten des Kindes durch die Lernprobleme auffälliger? Reagiert das Kind ängstlicher?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Haben die bisherigen Fördermaßnahmen keine dauerhafte Verbesserung der Lernergebnisse gebracht?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie den aktuellen Lernstand in Abgrenzung zur Leistungsanforderung der übrigen Klasse (ggf. auf einem Extrablatt)



Förderbedarf Sozial-Emotionale Entwicklung

	JA	/	Nein
Kann das Kind dem Bildungsgang der allg. Schule folgen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zeigt das Kind psychosomatische Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind eine altersgerechte Kontakt- und Beziehungsaufnahme?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann sich das Kind altersgerecht selbst steuern?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind mit Frustrationen altersentsprechend umgehen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liegt bereits ein IQ-Test mit einem Ergebnis über 85 vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind sein vermeintliches Leistungspotential abrufen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gibt es selbstverletzendes Verhalten?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise auf Traumata oder Bindungsstörungen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Führt nicht angemessenes Sozialverhalten zu Konflikten in den Arbeits- und Lernsituationen mit <u>anderen</u> SchülerInnen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie den aktuellen Lernstand in Abgrenzung zur Leistungsanforderung der übrigen Klasse (evtl. auf Extrablatt)



Förderbedarf KÖRPERL. u. MOTOR. ENTWICKLUNG

	Ja	/	Nein
Liegt ein körperliche Behinderung vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liegt eine medizinische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zeigt das Kind Koordinationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liegen fein- oder grobmotorische Einschränkungen vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Greift das Kind spontan über die Körpermitte hinaus?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind auf einem Bein stehen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind einen Ball fangen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ist das Kind durch die körperliche Einschränkung psychisch belastet?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie die Einschränkungen für die Bewältigung der Anforderung des Schulalltags:



Förderbedarf GEISTIGE ENTWICKLUNG

	JA	/	Nein
Liegt ein Intelligenztest vor? – Wert: _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liegt eine medizinische Diagnose vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind einfache schulische Anforderungen nicht erfüllen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind deutliche Schwierigkeiten beim Verständnis von logischen Zusammenhängen und dem Transfer von Wissen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Stellen Sie deutliche Entwicklungsverzögerungen in mehreren Bereichen fest, die schon länger (als 6 Monate) zu beobachten sind?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung (Schulweg, umziehen, ...)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind Schwierigkeiten in der altersgemäßen Kommunikation und Kontaktaufnahme?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind ein altersgemäßes Abstraktionsvermögen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Welche Lernziele wurden für das Kind vereinbart:

Schildern Sie einige Lernfortschritte aus der letzten Zeit (ggf. auf Extrablatt):



Förderbedarf HÖREN

	JA	/	Nein
Dreht sich das Kind in Richtung eines Geräusches?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hält sich das Kind in einer lauten Umgebung oft die Ohren zu?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Wird das Kind schnell unkonzentriert?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind leise Geräusche wahrnehmen (versteckter, tickender Wecker)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind die Stellung von Lauten im Wort erkennen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind Laute unterscheiden (p/b, g/t...)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Trägt das Kind Hörgeräte oder ein Cochlea Implantat?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liegt eine medizinische Diagnose vor (AVWS)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann eine ADS ausgeschlossen werden?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind häufig verbalen Arbeitsanweisungen nicht folgen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Wie macht sich das eingeschränkte Hörvermögen im Unterricht bemerkbar:

In welchen Unterrichtssituationen oder Fächern fällt das eingeschränkte Hörvermögen besonders auf (auf Extrablatt):



Förderbedarf SEHEN

	JA	/	Nein
Trägt das Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liegt eine medizinisch diagnostizierte Fehlsichtigkeit vor?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind eine Einschränkung in der Wahrnehmung von Farben?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hat das Kind Schwierigkeiten mit unterschiedlich einfallendem Licht, bzw. insgesamt Schwierigkeiten bei sehr starkem oder sehr schwachem Licht?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind in gleichmäßigen Augenbewegungen einem Gegenstand folgen ohne den Kopf zu drehen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Klagt das Kind häufig über Kopfweg?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Kann das Kind seine ausgestreckten Arme und Fingerspitzen erkennen?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Fällt bei dem Kind eine Einschränkung im räumlichen Sehvermögen auf? Schildern Sie einige Situationen: (Gegebenenfalls auf einem Extrablatt)

Wie fällt die das eingeschränkte Sehvermögen im Unterricht auf?
(Gegebenenfalls auf einem Extrablatt)
