

TSG Hatten-Sandkrug e.V.

Inklusionsbedarfe des Kindes

Seite I von 2

Angaben zum teilnehmenden Kind

Welche Aktivitäten kann Ihr Kind besonders gut oder was macht ihm / ihr besonderen Spaß? Hier dürfen gerne mehrere Aktivitäten eingetragen werden.	Bitte kreuzen Sie in den nachfolgenden fünf Kategorien nur die Bereiche an, in denen eine Beeinträchtigung vorliegt:
enigen agen werden.	I. Wahrnehmung:
	Sehen Hören Fühlen
	Schmecken Riechen
	2. Motorik:
Besucht Ihr Kind eine der folgenden Einrichtungen?	Grobmotorik Feinmotorik
Regelkindergarten Inklusiver / integrativer Kindergarten	3. Mobilität:
Regelschule Inklusive / integrative Schule	Körperposition ändern Gehen / Fortbewegung
Förderschule Förder- / Sonderkindergarten	Gegenstände bewegen / tragen / nutzen
Tagesbildungsstätte Sonstige:	4. Selbstversorgung:
	Nahrungsaufnahme: Essen Trinken
	Hygiene: Sich waschen Sich an- / ausziehen
Kontaktdaten der Einrichtung (Anschrift und Telefon):	Toilette benutzen
Anschrift	5. Sozialverhalten:
	Beziehungen zu Erwachsenen
Telefon	Beziehungen zu Kindern
	Weglauftendenz
Bitte ordnen Sie die Beeinträchtigung Ihres Kindes einem oder mehreren Bereichen zu:	Andere erhebliche Beeinträchtigung des Verhaltens:
Körperliche und motorische Entwicklung	Tritt selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten auf?
Emotionale und soziale Entwicklung	Selbstgefährdendes Verhalten
Geistige Entwicklung Autismus	Fremdgefährdendes Verhalten
Sehen Hören	
Sprache Lernen	Falls zutreffend, in welchen Situationen tritt das Verhalten auf?
Bitte beschreiben Sie kurz die Beeinträchtigung:	Unbekannte/ ungewohnte Situationen
	Bekannte/ gewohnte Situationen
	Andere Situationen:



TSG Hatten-Sandkrug e.V.

Inklusionsbedarfe des Kindes

Seite 2 von 2

Wie schätzen Sie den Unterstützungsbedarf Ihres Kindes in nach-	Elektronische Kommunikationshilfe Inkontinenzprodukte
folgenden Situationen ein?	
Freie Spielsituationen:	Prothesen / Orthesen
Nicht erforderlich	Sonstige:
Gelegentliche Unterstützung	Sind bestimmte Licht-, raumklimatische oder akustische Bedingungen erforderlich?
Dauerhafte Unterstützung	
Geleitete Aktivitäten (Morgenkreis, Sport- / Spielangebote):	
Nicht erforderlich	
Gelegentliche Unterstützung	
Dauerhafte Unterstützung	lst es notwendig medizinische Substanzen im Rahmen der Betreu-
Frühstück / Mittagessen:	ungszeit zu verabreichen?
Nicht erforderlich	Nein Ja, welche und wie werden diese verabreicht?
Gelegentliche Unterstützung	
Dauerhafte Unterstützung	
Ausflüge:	
Nicht erforderlich	
Gelegentliche Unterstützung	
Dauerhafte Unterstützung	Sind weitere gesundheitliche Aspekte zu beachten (z.B. Krankheiten,
Welche Kommunikationswege nutzt Ihr Kind?	Allergien, Diäten, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Sonstiges)?
Mein Kind versteht gesprochene Sprache:	
Vollständig Teilweise Nicht	
Mein Kind nutzt gesprochene Sprache:	
Vollständig Teilweise Nicht	
Mein Kind versteht non-verbale Signale:	Schätzen Sie bitte den vollständigen individuellen Unterstützungs-
Vollständig Teilweise Nicht	bedarf während der gesamten Betreuungszeit Ihres Kindes ein.
Mein Kind nutzt non-verbale Signale:	Nicht nötig Teilweise nötig
Vollständig Teilweise Nicht	Größtenteils nötig Dauerhaft nötig
Welche der folgenden Hilfsmittel werden während der Ferienbetreuung verwendet?	Anmerkungen oder Ergänzungen:
Elektrischer Rollstuhl / manueller Rollstuhl (Länge x Breite:)	
Gehilfe	
Hörhilfe	Vielen Dank für Ihre Unterstützung!