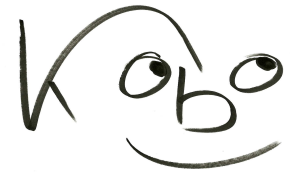


Kooperationsbogen
Schule- Medizin-Therapie



Der Kooperationsbogen dient vor allem zur Erfassung und Weiterleitung von Untersuchungsergebnissen, die für eine mögliche Behandlung bzw. Therapie relevant sein können. Er sollte von jedem Therapeuten weitergeführt werden und verbleibt in den Händen der Eltern.

Erstaussteller: _____ Datum: _____

1. Informationen zum Kind:

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name der Eltern: _____

abweichende Adresse: _____

Geschwister: _____

(mit Geb.datum) _____

Auffälligkeiten _____

(des Kindes): _____

2. Schwangerschaft, Geburt, frühkindliche Entwicklung:

Komplikationen in der Schwangerschaft / bei der Geburt:

Frühkindliche Entwicklung:

Stillen: ja / nein Dauer: _____

Krabbeln: ja / nein Dauer: _____

Freies Laufen: Beginn: _____

Sprachbeginn: _____

Sprache: Besonderheiten (OPs, Mehrsprachigkeit, Muttersprache):

3. Kleinkindalter, Kindergarten:

Frühförderung: ja / nein Dauer: _____

Mobile Sopäd. Hilfe (MSH): ja / nein Dauer: _____

Besuchte Einrichtung(en) / Eintrittsalter / Besuchsdauer:

Auffälligkeiten in den Bereichen

Grob- und / oder Feinmotorik:

Sprache (Lautbildung / Verständlichkeit / Grammatik):

Sozialverhalten:

Erkrankungen (z.B. häufige Mittelohrentzündungen):

Sonstiges (z.B. Händigkeit):

4. Schule:

Besuchte Einrichtung(en):

Zurückstellung (Gründe?):

Einschulungsalter (Jahre / Monate):

Bei der Einschulung festgestellte Besonderheiten:

Auffälligkeiten in den Bereichen:

Grob- und / oder Feinmotorik:

Sprache (Lautbildung / Verständlichkeit / Grammatik):

Sozialverhalten:

Erkrankungen (z.B. häufige Mittelohrentzündungen):

Sonstiges:

Schwierigkeiten beim Erlernen des

- Lesens _____
- Schreibens _____
- Rechnens _____

Wurden schulische Dienste in Anspruch genommen?

- Beratungslehrer: ja / nein
Name: _____
- Sonderpädagogisches Kompetenz- und Beratungszentrum:
ja / nein
welches SFZ: _____
- Mobiler Sonderpädagogischer Dienst (MSD):
ja / nein
Name: _____
- Schulpsychologe: ja / nein
Name: _____

Wurden von Seiten der Schule wiederholt ähnliche Probleme angesprochen?

Bisherige Diagnoseverfahren (K-ABC, HAWIK IV, AID II. o.ä.)

Wenn ja, welche wurden wann durchgeführt?

Befunde, Attestierungen:

Lese-Rechtschreib-Schwäche

AD(H)S

Lese-Rechtschreib-Störung (Legasthenie)

Autismus

Dyskalkulie / Rechenschwäche

Sonstiges _____

AVWS

(Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen)

Bisher stattgefundenene Untersuchungen / Therapien / OPs:

(Zeitpunkt der letzten Untersuchung / Ergebnisse → Angabe freiwillig)

HNO / Pädaudiologe

Augenarzt / Orthoptist _____

Kinder- und Jugendpsychiatrie

OPs _____

Sonstiges _____

Schwerpunkt der Förderung: (Anzahl der Therapieeinheiten)

Logopädie _____

Ergotherapie _____

Sonstiges _____

Empfehlung der Regierung von Mittelfranken

Zur Erleichterung des Informationsflusses tragen Sie (als behandelnder Arzt, Therapeut oder schulische Beratungsinstitution) bitte den Besuch des Kindes in Ihrer Einrichtung ein:

Datum	Praxis/Einrichtung/Unterschrift	Art der Untersuchung
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>

Empfehlung der Regierung von Mittelfranken

Datum	Praxis/Einrichtung/Unterschrift	Art der Untersuchung
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>
_____		<hr/> <hr/> <hr/>