

Antrag für Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst

Von der allgemeinen Schule zur Weiterleitung an das zuständige SBBZ.

Stand 21.08.2025

Daten der allgemeinen Schule:

Name der Schule: Schulname eingeben.

Kontaktdaten der Schule: Hier Text eingeben.

1. Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname(n): Name eingeben.

☐ Mädchen ☐ Junge ☐ divers

geb. am: Datum eingeben.

Straße und Hausnr.: Hier Text eingeben.

PLZ und Wohnort: Hier Text eingeben.

Nationalität: Hier Text eingeben.

Sorgeberechtigt sind / ist:

- ☐ beide Elternteile
- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Sonstiges (bitte angeben)

2. Aktuelle Adresse des/der Sorgeberechtigten

Sorgeberechtigte Person 1

Name, Vorname Hier Text eingeben.

Straße / Hausnummer Hier Text eingeben.

PLZ / Ort Hier Text eingeben.

Tel.-Nr. Hier Text eingeben.

E-Mail Hier Text eingeben.

Sorgeberechtigte Person 2

Name, Vorname Hier Text eingeben.

Straße / Hausnummer Hier Text eingeben.

PLZ / Ort Hier Text eingeben.

Tel.-Nr. Hier Text eingeben.

E-Mail Hier Text eingeben.

Ich / Wir sind damit einverstanden, dass mein / unser Kind

Hier Text eingeben.

Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogische Dienst erhält.

Ich bin / Wir sind mit Unterrichtsbeobachtungen und diagnostischen Maßnahmen im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes einverstanden.

Diese Maßnahmen unterstützen die Beratung in Bezug auf eine gute Förderung unseres Kindes in der allgemeinen Schule.

Die Entbindung von der Schweigepflicht liegt bei.

Unterschrift: _____ Datum: Datum eingeben.
(Sorgeberechtigte Person 1)

Unterschrift: _____ Datum: Datum eingeben.
(Sorgeberechtigte Person 2)

Entbindung von der Schweigepflicht

Um die Fördermöglichkeiten für mein / unser Kind gut abklären zu können, bin ich / sind wir damit einverstanden, dass Berichte und Unterlagen im dafür notwendigen Umfang zwischen dem beauftragten Sonderpädagogischen Dienst und den psychologischen, medizinischen und therapeutischen Fachdiensten sowie den zuständigen Ämtern ausgetauscht werden können. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, die Informationen vertraulich zu behandeln.

Ich / Wir entbinden hiermit folgende Personen (bitte alle Namen aller Personen, die beteiligt sind, unten eintragen) und Institutionen von ihrer Schweigepflicht bezüglich meine / unseres Kindes (Nachname, Vorname): Datum eingeben.

Institution	Name / Adresse	Datum	Unterschrift der Sorgeberechtigten
Schule: Klassen- / Fachlehrkraft	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Lehrkraft für Dyskalkulie	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Lehrkraft für LRS	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Beratungslehrkraft	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Hausarzt	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Facharzt	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Kinderklinik, SPZ	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Therapeuten	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Beratungsstellen	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Jugendamt	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Sozialamt	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Gesundheitsamt	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Schulpsychologische Beratungsstelle	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	
Sonstiges bitte eingeben	Hier Text eingeben.	Datum eingeben.	

Schulbiographie

Kindergartenbesuch ☐ nein ☐ ja von-bis: Hier Text eingeben.

Frühförderung ☐ nein ☐ ja von-bis: Hier Text eingeben.

Durch welche Frühförderstelle: Hier Text eingeben.

Schulbesuchsverlauf und Schulwechsel (unbedingt ausfüllen)

	Schulort	Schuljahr	Regelklasse
Zurückstellung	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
1. Schulbesuchsjahr	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
2. Schulbesuchsjahr	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
3. Schulbesuchsjahr	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
4. Schulbesuchsjahr	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
5. Schulbesuchsjahr	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
6. Schulbesuchsjahr	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
7. Schulbesuchsjahr	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
8. Schulbesuchsjahr	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.

Dokumentation der bisher geleisteten Förderung durch die Schule

Fördermaßnahmen	Zuständigkeiten	Zeitraumen / Datum	Ergebnisse
☐ Besuch der Grund- schulförderklasse	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
☐ Besuch der VKL- Klasse	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
☐ Autismusbeauftragte	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
☐ Beratungslehrkraft der allgemeinen Schule	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
☐ Individualisierungs- maßnahmen	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.

☐ Stütz- / Förderkurse	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
☐ Nachteilsausgleich	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
☐ Klassenwiederholung	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.
☐ Sonstiges bitte eingeben	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.	Hier Text eingeben.

Bisher extern durchgeführte Fördermaßnahmen

☐ Medizinische Maßnahmen
☐ Logopädie
☐ Ergotherapie
☐ Physiotherapie
☐ Jugendhilfemaßnahmen
☐ Schulbegleitung
☐ Sonstiges, bitte eingeben

Bisher durchgeführte Gespräche

Datum	Gespräch (ggf. Anlass, Teilnehmer, Ergebnis)	Dolmetscher/-in
Datum eingeben.	Hier Text eingeben.	☐ ja ☐ nein
Datum eingeben.	Hier Text eingeben.	☐ ja ☐ nein
Datum eingeben.	Hier Text eingeben.	☐ ja ☐ nein
Datum eingeben.	Hier Text eingeben.	☐ ja ☐ nein
Datum eingeben.	Hier Text eingeben.	☐ ja ☐ nein
Datum eingeben.	Hier Text eingeben.	☐ ja ☐ nein

Pädagogischer Bericht der allgemeinen Schule zur Weiterleitung an den Sonderpädagogischen Dienst

Von der allgemeinen Schule auszufüllen.

Name, Vorname des Kindes oder der / des Jugendlichen:

Hier Text eingeben.

1. Bisherige Entwicklung und aktuelle Situation

(bisherige Entwicklung, Rahmenbedingungen, familiärer Hintergrund, ...)

2. Weitere Beobachtungen in den Entwicklungsbereichen

(Hören / Sehen, Sprache und Sprechen, Motorik, Wahrnehmung, Merkfähigkeit, Strategiebildung, medizinische / körperliche Besonderheiten, sonstige Entwicklungsbereiche, ...)

3. Aktueller Lernstand

(Schulleistungen in den zentralen Bereichen [Deutsch, Mathematik, weitere Bildungsbereiche], bei Einschulungsdiagnostik Vorläuferfertigkeiten, Stärken und Schwächen, ...)

4. Lern- und Arbeitsverhalten

(Motivation, mündliche Mitarbeit, Ordnung, Konzentration, Handlungsplanung, Umsetzung von Arbeitsanweisungen, Arbeitstempo, Arbeitsweise, Ausdauer, Sorgfalt, Selbständigkeit, Ablenkbarkeit, ...)

5. Sozialverhalten

(Kontaktfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Konfliktverhalten, Impulsivität, Regelverhalten, Anfälligkeit in bestimmten Situationen, Reaktionen auf pädagogische Maßnahmen, Verhalten gegenüber Mitschülern und Sachen, Verhalten im Unterricht und in der unterrichtsfreien Zeit, Selbstbild, Position des Kindes in der Klasse, ...)

6. Besondere Vorgaben, Interessen, Vorlieben

7. Bewertung der Lehrkraft: Mögliche Ursachen des Problems

Wo sehen Sie als Lehrkraft die Ursache des Problems?

8. Konkrete Fragestellung

In welcher spezifischen Fragestellung kann der Sonderpädagogische Dienst unterstützen?

Unterschrift: _____ Datum: Datum eingeben.
(Lehrkraft)

Unterschrift(en): _____ Datum: Datum eingeben.
(Schulleitung)

Unterschrift: _____ Datum: Datum eingeben.
(Sorgeberechtigte Person 1)

Unterschrift: _____ Datum: Datum eingeben.
(Sorgeberechtigte Person 2)