

SBBZ Luise von Baden Staatliches Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit Internat Förderschwerpunkte Hören und Sprache Schützenhausstr. 34 69151 Neckargemünd	Name der allgemeinen Schule
--	-----------------------------

**Antrag** Seite 1 von 2

**Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Hören**

Schüler*in		
Name	Vorname	Geschlecht
Geburtsdatum, Geburtsort	Familiensprache	Staatsangehörigkeit
Straße	PLZ	Wohnort
Derzeit besuchte Klasse	Zurückstellung? Wiederholte Klassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____

Erziehungsberechtigte Personen	
Name, Vorname Erziehungsberechtigte*r (1)	Name, Vorname Erziehungsberechtigte*r (2)
E-Mail und Telefon	E-Mail und Telefon
ggf. Vormund, andere Erziehungsberechtigte: Name, Adresse, E-Mail, Telefon	

Klassenlehrkraft		
Name der Klassenlehrkraft	E-Mail	Telefon

Informationen zum Hören	
Eine pädaudiologische Untersuchung hat stattgefunden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo: _____	
Der Bericht <input type="checkbox"/> ist beigefügt. <input type="checkbox"/> wird schnellstmöglich nachgereicht.	
Ein aktuelles Audiogramm vom _____ <input type="checkbox"/> ist beigefügt. <input type="checkbox"/> wird schnellstmöglich nachgereicht.	
Verortung der Hörbeeinträchtigung	Art der Hörbeeinträchtigung
<input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> einseitig: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> Schallempfindungsschwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Schalleitungsschwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung
Individuelles Hörsystem	
__ Hörgerät(e) __ Cochlea Implantat(e) __ Knochenleitungshörgerät(e) __ Roger Focus <input type="checkbox"/> keins	
Digitale Übertragungsanlage	
Lehrermikrofon: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches: _____	Schülermikrofone:
Soundfieldsäule: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: __ welche: _____
Schwerbehindertenausweis	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja GdB: _____ Merkzeichen: _____ Ablaufdatum: _____	

Achtung: Wenn möglich, das Formular bitte digital ausfüllen und per Mail zurücksenden. Vielen Dank!

**Antrag** Seite 2 von 2

**Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Hören**

Die Beratung und Unterstützung im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes dient zur Klärung des Förderbedarfs, damit Ihr Kind möglichst optimale Lernbedingungen an der jetzigen Schule erhält. Sie werden von Anfang an kooperativ in den Beratungsprozess mit einbezogen und kontinuierlich über die einzelnen Schritte informiert.

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten (1)	Name, Vorname des/der Erziehungsberechtigten (2)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich möchte / Wir möchten, dass mein / unser Kind durch den Sonderpädagogischen Dienst beraten und unterstützt wird.
- Ich / Wir sind damit einverstanden, dass – wenn erforderlich – ein Intelligenztest und / oder ein Schulleistungstest mit meinem / unserem Kind durchgeführt wird.
- Falls ein Feststellungsverfahren zum Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot eingeleitet werden sollte, wünschen wir / wünsche ich, dass die bis dahin beratende Sonderschullehrkraft des Sonderpädagogischen Dienstes mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt wird.

Fragestellungen und Erwartungen an den Sonderpädagogischen Dienst

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r (1)

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r (2)