

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

Antrag Seite 1 von 2

Beratung und Unterstützung durch den Sonderpädagogischen Dienst Hören

Schüler*in		
Name	Vorname	Geschlecht
Geburtsdatum, Geburtsort	Familiensprache	Staatsangehörigkeit
derzeit besuchte Klasse in o.g. Schule	vorher besuchte Schule	
Ich absolviere eine Ausbildung: <input type="checkbox"/> nein, Bildungsgang: _____ <input type="checkbox"/> ja, bei _____ in _____ als _____		
Kontaktdaten		
Straße	PLZ, Wohnort	
E-Mail	Telefon	
ggf. weitere Kontaktperson(en)	Adresse, Telefon, E-Mail	
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"/> Schallleitungsschwerhörigkeit <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: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl: _____ welche: _____	
Soundfieldsäule: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, 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 Begleitung im Rahmen des Sonderpädagogischen Dienstes Hören dient zur Klärung und Umsetzung Ihres individuellen Beratungs- und Unterstützungsbedarfs.

Ziel ist es, möglichst optimale Lernbedingungen unter Berücksichtigung Ihrer persönlichen Hörsituation an der jetzigen Schule in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten herzustellen.

Sie werden von Anfang an kooperativ in den Beratungsprozess einbezogen. Dazu ist es erforderlich, dass Sie uns kontinuierlich über Ihre aktuelle Hörsituation informieren, insbesondere wenn es Änderungen gibt.

Wir werden uns regelmäßig mit Ihnen und Ihren Lehrkräften austauschen und uns gegenseitig über die einzelnen Schritte informieren.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Wohnort

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich möchte durch den Sonderpädagogischen Dienst Hören beraten und unterstützt werden.
- Ich wünsche Beratung und Unterstützung bei der Ausgestaltung eines Nachteilsausgleiches, der meiner individuellen Hörsituation gerecht wird.
- Ich möchte Beratung und Unterstützung in Bezug auf den angemessenen Einsatz von Klassenhörtechnik.
- Ich habe weitere Fragestellungen bzw. Erwartungen an den Sonderpädagogischen Dienst:

- Ich bin damit einverstanden, dass – wenn erforderlich – ein Intelligenztest und/oder ein Schulleistungstest mit mir durchgeführt wird.
- Falls ein Feststellungsverfahren zum Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot eingeleitet werden sollte, wünsche ich, dass die bis dahin beratende Lehrkraft des Sonderpädagogischen Dienstes mit der Erstellung des Gutachtens beauftragt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Schüler*in