

Abschlussbericht über die Beratung

für das Kind/den Jugendlichen

Geburtsdatum

Schule/Institution

Klasse

Antragsteller

FBZ-Lehrkraft

1. Dauer der Beratung

2. Schwerpunkte in der Beratung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lern- und Arbeitsverhalten | <input type="checkbox"/> Sprache |
| <input type="checkbox"/> Emotionalität/Sozialverhalten | <input type="checkbox"/> ganzheitliche Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmung | <input type="checkbox"/> Motorik |
| <input type="checkbox"/> Hören | <input type="checkbox"/> Sehen |

1

3. Auftrag / Ziel

4. Maßnahmen



5. Kooperation mit

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Klassenlehrer/in | <input type="checkbox"/> Eltern/Sorgeberechtigte |
| <input type="checkbox"/> Fachlehrer/in | <input type="checkbox"/> Betreuer/in |
| <input type="checkbox"/> Schulleiter/in | <input type="checkbox"/> Hausaufgabenbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt | <input type="checkbox"/> andere Behörden |
| <input type="checkbox"/> Ärzte/Psychologen | <input type="checkbox"/> Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> außerschul.Einrichtungen | <input type="checkbox"/> Sonstige |
- [Empty boxes for additional entries]

6. Ergebnisse

[Large empty box for results]

2

7. weitere Perspektiven

[Large empty box for further perspectives]

[Small empty box for signature]

Ort / Datum

FBZ-Lehrkraft

FBZ-Leitung