

# Aufnahmebogen zur Schul- und Individualbegleitung



Gerne unterstützen wir Sie bei der Suche nach einem geeigneten Begleiter für Ihr Kind.

Bitte senden Sie diesen Aufnahmebogen und die angefügte Schweigepflichtentbindung ausgefüllt an uns zurück.

**Datum der Anfrage:** \_\_\_\_\_

**Name Antragsteller:** \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind:  Eltern  Erziehungshilfe  Schule/Einrichtung  Sonstige

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadtteil: \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

**Name Kind:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geplanter Start: \_\_\_\_\_

**Einrichtung:**  Kita  Kindergarten  Schule / Förderzentrum  HPT

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadtteil: \_\_\_\_\_

Gruppe / Klasse: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner  
in der Einrichtung:** \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

**Kostenträger:**  Bezirk  WJH  Landratsamt

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Bewilligung:  Ja  Nein  beantragt

Grund für  
die Begleitung: Diagnose: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie die zweite Seite!

# Aufnahmebogen zur Schul- und Individualbegleitung



Wir möchten Sie bitten, uns vorab Ihr Kind näher zu beschreiben. Wie zeigen sich die Auffälligkeiten, warum benötigt das Kind die Begleitung.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Bitte fügen Sie folgende Unterlagen an:**

- Bewilligung oder Kopie des Antrags auf die Bewilligung
- KJSA - Kinder und Jugendpsychiatrisches Gutachten
- Schulische Stellungnahme
- Stundenplan
- Schweigepflichtentbindung
- Einschätzung des MSD bzw. Fachdienst der Kinder und Jugendsozialdienst an den Schulen

Sobald wir eine Möglichkeit sehen, dass Kind zu begleiten, melden wir uns bei Ihnen, um ein persönliches Kennenlernen zu vereinbaren. Sofern Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen zur Beantwortung jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

## Schweigepflichtentbindung

Arbeiten verschiedene Stellen zusammen, ist es in der Regel erforderlich, dass zur angemessenen Erfüllung der Aufgabe (in Ihrem Fall die Schul- und Individualbegleitung) ein Informations- bzw. eine Datenübermittlung über relevanter Informationen erfolgt. Diesem Austausch und dem Weiterleiten der Daten stimmen Sie mit der Entbindung von der Schweigepflicht zu.

### Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

Vor- und Familienname des Erziehungsberechtigten des/der volljährigen Schülerin

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Schülers

\_\_\_\_\_  
Adresse

### dass ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des/ der

- dein schulbegleiter e.K
- Schule, Kindergarten, Krippe, sozialpädagogische FZ
- Kinderarzt / Facharzt / Therapeuten
- Wirtschaftliche Jugendhilfe, Bezirk, Landratsamt
- Sozialpädagogischen Dienst/ Beratungseinrichtungen
- sowie andere, für die angemessene Erfüllung der Begleitung involvierter Personen

### von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit für meine Tochter/ meinen Sohn wechselseitig entbinde.

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes und Geburtsdatum

Diese Entbindung von der Schweigepflicht gilt im Hinblick auf sämtliche Informationen, Unterlagen, Berichte, vertrauliche Gutachten zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs im Rahmen der Eingliederungshilfe der Schul- oder Individualbegleitung, zur Antragsbearbeitung, Hilfeplanung und zur regelgerechten Durchführung der Begleitung.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt gegenüber allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der entsprechenden Einrichtungen.

Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift