

# Anmeldung

zum Besuch (zutreffendes bitte ankreuzen)

## Peter-Josef-Briefs-Schule, Schule für Körperbehinderte:

- für Körperbehinderte (Förderschule)  
 des **Internates** der Schule für Körperbehinderte  
 der **Dauerwohngruppe** der Schule für Körperbehinderte

## Edith-Stein-Schule(ESS), Berufliche Schulen für körperliche und motorische Entwicklung:

- des beruflichen lebenspraktischen Vorbereitungsjahres  
 des kaufmännischen Berufsvorbereitungsjahres  1-jährig  2-jährig  
 der kaufmännischen Berufsfachschule Wirtschaft  2-jährig  3-jährig  
 der Berufsfachschule Sozialpflege/Sozialpädagogik  
 der einjährigen Berufsfachschule – Höhere Handelsschule  
 der Fachoberschule Typ A  
 der Fachoberschule Typ B  
 des **Internates** der Beruflichen Schulen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße / Wohnort: \_\_\_\_\_

Kreis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

eMail / Fax: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltsstatus): \_\_\_\_\_

2. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Jahr des Zuzugs: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

## Erziehungsberechtigte / gesetzlicher Betreuer / Vormund:

1. **Mutter** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Tel. dienstl. \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

2. **Vater** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Tel. dienstl. \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner im Notfall: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Zusatzinformationen Anmeldung Edith-Stein-Schule! Bitte beachten!**

Dokument der Anmeldung	Unterschrift und Rückgabe an ESS	Verbleib beim Anmelder
1032FO Anmeldung	X	
5001 QMH Schulordnung ESS	Unterschrift Seite 7 (letzte Seite)	Seite 1-6
0105MB Merkblatt zum Datenschutz für Schüler und Bewohner des Antoniushauses		X
0112FO Einwilligungserklärung zum Umgang mit personenbezogenen Daten	X	
1036FO Einwilligungserklärung zur Anfertigung, Verwendung, Veröffentlichung & Weitergabe von Bildnissen	X	
1101FO Elterninformation Medizinisch-therapeutische Behandlung in der Schule (HAGE)	X	
2530 FO Anmeldung und Information zur medizinischen und therapeutischen Versorgung im Antoniushaus	X	
4045FO Überprüfung medizinischer Hilfsmittel	X	
5043FO Information Sportunterricht ESS	X	
5045FO Schweigepflichtentbindung gegenüber den Mitarbeitern der Antoniushaus gGmbH	x	

Bitte reichen Sie uns zur Bearbeitung ihrer Anmeldeunterlagen außerdem die folgenden Unterlagen ein:

- Bewerbungsanschreiben mit Angabe der gewünschten Schulform und Lebenslauf
- Zwei aktuelle Passbilder ihres Kindes
- Aktuelle medizinische Unterlagen (Briefe, Gutachten, etc..)
- Kopie des Behindertenausweises
- Kopie des Impfausweises
- Förderplan der abgebenden Schule (falls vorhanden)
- Kopien der letzten beiden Zeugnisse der abgebenden Schule
- Anmeldung Berufsvorbereitungsjahr und Fachoberschule:
  - Eignungsgutachten der abgebenden Schule
- Anmeldung zur Fachoberschule:
  - Bescheinigung der Schullaufbahnberatung durch die Agentur für Arbeit

Krankenkasse (mit Anschrift): \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

 Ein Schwerbehindertenausweis(bitte Kopie beifügen) ist vorhanden  mit Beiblatt

GdB: \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Kostenträger (und Aktenzeichen, falls bekannt): \_\_\_\_\_

 ein Antrag auf Kostenübernahme ist bereits gestellt**Schulbesuch / Ausbildung / bisherige Förderung (z.B. Kindergarten):**

(bitte entsprechende Zeugnisse / Berichte (z.B. Kindergarten oder bisherige Internate) beifügen)

Bisher wurden folgende Schulen/Einrichtungen besucht:

Name der Einrichtung / (mit Adresse)	von	bis	Abschluss
1. Kindergarten:			
2. Förderschule:			
3. Regelschule:			
3. Sonst. Einrichtungen:			

(bitte entsprechende Zeugnisse / Berichte beifügen)

 Es besteht bereits Kontakt zur Berufsberatung der Arbeitsagentur:

Arbeitsagentur und Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Folgende Maßnahmen der Arbeitsagentur wurden bereits durchgeführt:

 ärztliche Untersuchung  psychologische Untersuchung Arbeitserprobung/Berufsfindung  Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme

**Medizinische Daten****1. Behinderung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**2. ansteckende und chronische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3. Allergien:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**4. Nahrungsmittelunverträglichkeiten:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(bitte entsprechende Berichte und Impfbescheinigungen beifügen)

**Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme:**

- normale Kost,  
 geschnittene Kost;  
 pürierte Kost;  
 Sondenernährung (eine ärztliche Anweisung liegt vor  ja,  nein)

Die Einnahme der Nahrung erfolgt:

- selbständig  
 mit Unterstützung  
 vollständige Übernahme

**Inkontinenz:**

- eine Inkontinenz besteht  Harn /  Stuhl  
 eine Inkontinenz besteht nicht  
 eine Katheterversorgung besteht

**Mobilität:**

- Rollstuhlfahrer, wenn ja:  Elektrorollstuhl ;  Aktivrollstuhl  
 Fixierung im Rollstuhl ist erforderlich  ja,  nein  
 Läufer, wenn ja:  ohne Gehhilfen ;  mit Gehhilfen

**Nur für Anmeldung in Edith-Stein-Schule, Berufliche Schulen für Körperbehinderte:**

- Ein Fahrdienst wird zum Schulbesuch benötigt  
 Der Schulweg kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigt werden

**Folgende Medikamente (auch Notfall- und Anfallsmedikamente) werden dauernd eingenommen:**

**Dauermedikamente / Medikamente, die im Schulalltag eingenommen werden:**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**Notfallmedikament:**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

Einnahme der Medikamente:

selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige Übernahme

Eine ärztliche Verordnung für jedes Medikament liegt vor:  ja,  nein

**Welche Notfälle können auftreten und welche Maßnahmen sind zu ergreifen?**

(Bestehen behinderungsbedingte lebensbedrohliche Risiken bspw. bei Herz-Kreislaufkrankungen, bei Nahrungsaufnahme, bei Anfällen etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hausarzt / behandelnde Ärzte (mit Anschrift und Telefon):**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**Therapeutische Förderung:**  
(bitte entsprechende Berichte beifügen)

<b>Bisherige Therapie</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>
Frühförderung:		
Physiotherapie:		
Ergotherapie:		
Logopädie:		
Andere Therapien:		

**Folgende Hilfsmittel sind vorhanden (auch schulische Hilfsmittel):**  
(z.B. Brille, Hörgeräte, Rollstuhl, Rollator, Stehständer, Lifter, Toilettenstuhl , Computer, Kommunikationsgeräte)

Hilfsmittel	seit wann ?	zuständige Firma

**Spezielle pflegerische Erfordernisse:**

- Hilfe wird benötigt bei
- Hilfe beim An- und Ausziehen
  - Toilette
  - Essen und Trinken

**Wie gut ist die räumliche Orientierung ausgeprägt?**

- In gewohnter Umgebung:       gute,     schlechte,     keine
- In fremder Umgebung:         gute,     schlechte,     keine

Bemerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Bei Aufnahme werden die Daten, unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, elektronisch erfasst.  
Wir wurden darüber informiert, dass die erhobenen Daten innerhalb des Hauses weitergegeben werden und stimmen dem zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

**Sollte eine Internatsbeschulung gewünscht sein, füllen Sie bitte die nachfolgenden Seiten aus.**

**Ergänzungsbogen zur Internatsbeschulung**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Welche Hilfen sind im pflegerischen Bereich erforderlich?**An-/Ausziehen:     selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige ÜbernahmeEssen/Trinken:     selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige ÜbernahmeDuschen/Baden:     selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige ÜbernahmeToilettengänge:     selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige Übernahme**Sind invasive pflegerische Hilfen notwendig?**             ja             nein

Wenn ja, welche?

 Katheterisieren Ausräumen Injektionen Sondenpflege sonstige (bitte Aufführen): \_\_\_\_\_**Welche Hilfen sind im lebenspraktischen Bereich erforderlich?**Zubereitung von Mahlzeiten: selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige ÜbernahmeWäschepflege: selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige ÜbernahmeEinkäufe durchführen: selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige ÜbernahmeArztbesuche organisieren und durchführen: selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige ÜbernahmeUmgang mit Geld/eigenes Konto führen: selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige ÜbernahmeSchriftwechsel/Ausfüllen von Formularen: selbständig,  Anleitung,  Beaufsichtigung,  vollständige Übernahme



**Von den Erziehungsberechtigten wird das selbständige Verlassen der Einrichtung gestattet:**  ja,  nein

**Können öffentliche Verkehrsmittel selbständig benutzt werden?**  ja,  nein

**Welche Fähigkeiten sollen im Internat besonders gefördert werden?**

Lebenspraktischer Bereich (z.B. Haushalt, Ordnung, Körperpflege): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sozialer Bereich (z.B. Kontakt/Beziehung/Freundschaft aufbauen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Freizeitbereich (z.B. Hobbys entwickeln, Zeiteinteilung): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schulischer Bereich (z.B. Hausaufgabenhilfe): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in