|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Klinik-und Krankenhausschule: | | | | | |  | | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | |
| Telefon: | | | | | |  | | | | | | | |
| Fax/E-Mail: | | | | | | zuständige Lehrkraft der KKS: | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |
| **Dokumentation der individuellen Förderung  an der Klinik- und Krankenhausschule als Grundlage für den Schulbericht**  gemäß §§ 10 und 24 Absatz 6 SOFS | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zur Schülerin/zum Schüler** | | | | | | | | | | | | | |
| Name: | | Vorname: | | | | | | | | Geburtsdatum: | | | |
| aktuelle Klassenstufe: | | Schulart/Bildungsgang: | | | | | | | | ggf. Förderschwerpunkt gemäß § 4c Absatz 2 SächsSchulG: | | | |
| Aufnahmegrund/medizinische Diagnose[[1]](#footnote-1): | | | | | | | | | | | | | |
| Klinikaufnahme am: | | | | | | | Klinikentlassung am: | | | | | | |
| Station: | | | Ansprechpartnerin/Ansprechpartner Station: | | | | | | | | Ansprechpartnerin/Ansprechpartner Therapie: | | |
| Beginn des Unterrichts an der KKS: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zu den Eltern** (Eltern sind gemäß § 45 Absatz 5 SächsSchulG alle Personensorgeberechtigten) | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname: | | | | | | | | Beziehung zum Kind[[2]](#footnote-2): | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | | | | | |
| E-Mail (freiwillige Angabe): | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname: | | | | | | | | Beziehung zum Kind2: | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | | | | | |
| E-Mail (freiwillige Angabe): | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Vorname: | | | | | | | | Beziehung zum Kind2: | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | | | | | | | | |
| E-Mail (freiwillige Angabe): | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zur Stammschule** | | | | | | | | | | | | | |
| Name: | | | | | | | | | | | | | |
| Anschrift: | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | E-Mail: | | | | | | | | |
| Ansprechpartnerin/Ansprechpartner (Name, Funktion): | | | | | | | | | | | | | |
|  | Vorabfragebogen für die Beschulung  an der KKS | | |  | | | | | angefordert am | | |  | liegt vor. |
|  | Anmerkungen: | | | | | | | | | | | | |
|  | Stammschulkonferenz/Beratungsgespräch | | | | | | | | | | | | |
|  | Empfehlung für Hausunterricht gemäß § 26 Absatz 4 SächsSchulG bis | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pädagogischer Auftrag bei Klinikaufnahme** | | |
|  | | |
| **Fortlaufende Dokumentation der individuellen Förderung im Rahmen des therapeutischen Konzeptes** | | |
| Datum | Therapeutische Ziele und Maßnahmen (ggf. Medikation) | Abgeleitete pädagogische Förderziele und -maßnahmen |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. nur bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung [↑](#footnote-ref-1)
2. zum Beispiel Mutter/Vater, Großmutter/Großvater, Pflegemutter/Pflegevater, Vormund [↑](#footnote-ref-2)