

Name von Kind u Schule \_\_\_\_\_

# Beantragung Mobiler Dienst SEHEN

Hans-Würtz-Schule  
z.Hd. Frau Lemburg  
Kruppstr.24a  
38126 Braunschweig  
Fax: 0531-31781365  
E-Mail: lemburg@mod-bs.de

Hiermit bitten wir um Kontaktaufnahme durch den Mobilen Dienstes SEHEN

Schule:	
Anschrift:	
Telefon:	
Klassenlehrkraft:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Schüler/in:	
Klasse:	

Folgende Unterlagen **müssen** beigefügt werden, da der Mobile Dienst SEHEN sonst nicht mit der Beratung und Unterstützung beginnen kann:

## Vor Einschulung

- Datenblatt
- Einverständniserklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten
- Bericht des Augenarztes (2 Seiten)

### Wenn vorhanden:

- Entwicklungsbericht des Kindergartens
- Förderpläne des Kindergartens
- Einschulungsuntersuchung des Gesundheitsamtes

Mit freundlichen Grüßen

## Während des Schulbesuchs

- Datenblatt
- Einverständniserklärung der Eltern / Erziehungsberechtigten
- Bericht des Augenarztes (2 Seiten)
- Individueller Lernentwicklungsplan
- Förderplan / Förderpläne

### Wenn vorhanden:

- Stundenplan der Klasse
- Kopie des letzten Zeugnisses
- Lehrkraftverzeichnis der Klasse
- Kopie des Bescheides der NLSchB, wenn ein Förderbedarf vorliegt

\_\_\_\_\_  
Datum, Schulleitung

Die Unterlagen vollständig und zusammen einreichen, damit eine Beratung erfolgen kann.

## Name von Kind u Schule

# Beantragung Mobiler Dienst SEHEN

Hans-Würtz-Schule, z.Hd. Frau Lemburg  
Kruppstr.24a, 38126 Braunschweig  
Frau Lemburg: Fax 0531-31781365, E-Mail: lemburg@mod-bs.de

### Datenblatt

Bitte von der zuständigen Schule oder dem Kindergarten ausfüllen lassen und über die Schule oder den Kindergarten verschicken.

**Die Schule ist über meine Anfrage von mir informiert worden: O ja O nein**

### Personalien - Kontaktdaten:

Name	_____	Vorname	_____
geb. am	_____	Geburtsort	_____
Lebensalter	_____ Jahre		
Staatsangehörigkeit	_____	Geschlecht	_____
Straße	_____	PLZ / Ort	_____
Telefon	_____	Mail	_____
Erziehungsberechtigte/r	_____		

### Schule/ Kindergarten - Kontaktdaten:

Schule / KiGa	_____	Klasse / Gruppe	_____
Straße	_____	PLZ / Ort	_____
Schul-Kigaleitung	_____	Klassenlehrer	_____
Telefon	_____	Mail	_____
Fax	_____	Ansprechpartner	_____

### Schullaufbahn:

Beginn der Schulpflicht: \_\_\_\_\_  
Zurückstellungsjahr/Schulkindergarten: \_\_\_\_\_  
Einschulungsjahr: \_\_\_\_\_

**Bitte um Kontaktaufnahme mit:** \_\_\_\_\_

Schulstempel Datum

Die Unterlagen vollständig und zusammen einreichen, damit eine Beratung erfolgen kann.

# Beantragung Mobiler Dienst SEHEN

Hans-Würtz-Schule, z.Hd. Frau Lemburg

Kruppstr.24a, 38126 Braunschweig

Frau Lemburg: Fax 0531-31781365, E-Mail: lemburg@mod-bs.de

## Einverständniserklärung

(von den Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Name des Kindes \_\_\_\_\_ , geboren am \_\_\_\_\_

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

Straße \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer/n \_\_\_\_\_

### Für eine Beratung:

Damit der MOD SEHEN beratend und unterstützend tätig werden kann, ist es erforderlich, dass die im MOD SEHEN tätigen Lehrkräfte:

- Einsicht in schulische Unterlagen meines / unseres Kindes nehmen zu dürfen
- Gespräche mit Personal aus Kindergarten / Schule meines / unseres Kindes führen dürfen

Damit bin ich / sind wir einverstanden:

Ja

Nein

Zusätzlich darf von Lehrkräften im MOD SEHEN in folgende Berichte Einsicht genommen werden (**bitte ankreuzen**):

- augenärztliche Unterlagen meines / unseres Kindes
- Unterlagen von weiteren Ärzten und Therapeuten meines / unseres Kindes
- Unterlagen von außerschulischen Experten (z.B. Psychologen)
- vom Gesundheitsamt
- vom Jugendamt

### Für die Überprüfung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs:

Von mir / uns eingereichte Unterlagen dürfen im Zuge der Erstellung des Beratungsgutachtens zur Überprüfung eines Bedarfs an sonderpädagogischer Unterstützung im Bereich SEHEN an die beteiligte/n Institution/en in Kopie weitergereicht werden.

Ja

Nein

### Für die Beratung und Unterstützung nach Feststellung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs:

Eine Kopie der eingereichten Unterlagen verbleibt in der Akte des Mobilen Dienstes SEHEN, bis der Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung aufgehoben wird oder der Schüler / die Schülerin nicht mehr vom MOD SEHEN Beratung und Unterstützung erhält.

Eine Vernichtung erfolgt innerhalb der gesetzlichen Fristen von 3 Monaten.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

### Anschrift der / des behandelten Augenärztin / Augenarztes:

Name \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. / Fax \_\_\_\_\_

**Name von Kind u Schule** \_\_\_\_\_

# Beantragung Mobiler Dienst SEHEN

Hans-Würtz-Schule, z.Hd. Frau Lemburg

Kruppstr.24a, 38126 Braunschweig

Frau Lemburg: Fax 0531-31781365, E-Mail: lemburg@mod-bs.de

## Ophthalmologische Daten

(von dem zuständigen Augenarzt auszufüllen – **Seite 1 von 2**)

Betreff: **Diagnose und aktueller Visus**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Beratung von \_\_\_\_\_ werden u. a. Aussagen über die vorliegende Diagnose und den aktuellen Visus benötigt.

Die Kosten für die Untersuchung werden NICHT vom Mobilien Dienst SEHEN übernommen. Daher bitten wir das Formular soweit erhoben auszufüllen.

Herzlichen Dank und mit freundlichen Grüßen

Das Team des Mobilien Dienstes SEHEN

Die Unterlagen vollständig und zusammen einreichen, damit eine Beratung erfolgen kann.

**Name von Kind u Schule** \_\_\_\_\_

# Beantragung Mobiler Dienst SEHEN

Hans-Würtz-Schule, z.Hd. Frau Lemburg

Kruppstr.24a, 38126 Braunschweig Frau Lemburg: Fax 0531-31781365, E-Mail:  
lemburg@mod-bs.de

Die Unterlagen vollständig und zusammen einreichen, damit eine Beratung erfolgen kann.

## Augenärztliche Unterlagen vom (Datum) \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/  
Adresse der Eltern \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Angaben zur Sehschärfe (mit bester Korrektur)

Fernvisus RA: \_\_\_\_\_ (in \_\_\_\_\_ m) LA: \_\_\_\_\_ (in \_\_\_\_\_ m)

binocular: \_\_\_\_\_ (in \_\_\_\_\_ m) Sehtest: \_\_\_\_\_

Nahvisus RA: \_\_\_\_\_ (in \_\_\_\_\_ m) LA: \_\_\_\_\_ (in \_\_\_\_\_ m)

binocular: \_\_\_\_\_ (in \_\_\_\_\_ m) Sehtest: \_\_\_\_\_

Optische Korrektur RA: \_\_\_\_\_ LA: \_\_\_\_\_

Gesichtsfeld Bitte fügen Sie, falls vorhanden, Unterlagen hinzu.

Farbtüchtigkeit / \_\_\_\_\_ Sehtest: \_\_\_\_\_

Einschränkung bzgl. Sportunterricht (z.B. Gefahr der Netzhautablösung, Augeninnendruck)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prognose \_\_\_\_\_

Ergänzungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel des Augenarztes