



**Bei Vorliegen eines Anfallsleidens:**

Wie laufen die Anfälle ab? (Beschreibung):

Wie lange dauern die Anfälle?

Lässt sich der Anfall unterbrechen?

Haben Sie eine Sofortmedikation bei Anfällen? (Was?)

Wie häufig treten die Anfälle auf? (z.B. 1 x in der Woche):

Fand bereits eine Notfalleinweisung wegen eines epileptischen Anfalls statt?

**Verständigung:** Versteht Sprache regelmäßig teilweise reagiert auf Ansprache  
Spricht in ganzen Sätzen Einzelworte in Lauten durch Gesten  
Kann lesen fließend buchstabierend nicht  
Kann schreiben fließend Einzelworte nicht

**Sozialverhalten:** ängstlich zurückhaltend anpassungsfähig  
Lebhaft umtriebig aggressiv  
Weglauff Tendenzen \_\_\_\_\_

**Hygiene:** tags nachts  
Einnässen nie selten oft nie selten oft  
Einkoten nie selten oft nie selten oft

**Was sollte bei Ihrer Unterbringung berücksichtigt werden?:**

**Benötigte Hilfsmittel in unserer Klinik:**

Rollstuhl	Sauerstoffgabe
Gehhilfe	Ernährungssonde
spezieller Kinderwagen	Überwachungsgerät
Orthese / Prothese	Windeln bei Inkontinenz
Lagerungshilfe	Hörgerät(e)
Blasenkatheter	Brille
Absaugkatheter	Pflegebett
Sonstiges: _____	

**Förderungen / Therapien am Heimatort:**

Bisherige Therapien (Häufigkeit pro Woche):	
Krankengymnastik nach Vojta (____/Wo.)	Logopädie (____/Wo.)
Krankengymnastik nach Bobath (____/Wo.)	Psychomotorik (____/Wo.)
Ergotherapie (____/Wo.)	psychologische Betreuung (____/Wo.)
_____	_____

**Betreuung zu Hause:**

Regelkindergarten	Integrationskindergarten
Grundschule	Hauptschule
Realschule	Gymnasium
Gesamtschule	Körperbehinderten-Schule
Lernbehinderten-Schule	Geistig-Körperbehinderten-Schule
Werkstatt	andere: _____

Hat ihr Kind einen Integrationsplatz? ja nein Hat Ihr Kind eine Integrationshilfe? ja nein