

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