



Nachteilsausgleich

**Maßnahmen des
Ausgleichs für**

_____ Name, Vorname

Geburtsdatum: _____

Klasse/ Schuljahr: _____

Datum der Einschulung: _____

Ende der Schulpflicht: _____

Förderschwerpunkte: _____

Bildungsgang: _____

Klassenlehrer/ -in: _____

Adresse: _____

Erziehungsberechtigte:

z.B. Familie, Lebenssituation, Heim....

Religion:

Nationalität: _____

Außerschulische Einflüsse: _____

Hilfsmittel/ Nachteilsausgleich: _____

Organ./medizinische Besonderheiten:

z.B. Allergien, Anfälle

Medikamente: _____

Therapien:

Externe Therapien/ Häufigkeit

Pflege:

Individualhygienische Versorgung/ Nahrungsaufnahme

Besonderheiten/ Gefährdung: _____

Stärken/Interessen/ Bevorzugte Fächer: _____



Ggf. Ergänzende Angaben

Besonderer Bedarf:

Individuelle Hilfsmittel:
Rollstuhl/Sitzschale/Stehständer/Korsett
/Schuhe/Talker

Besondere Einrichtungen:
Lifter/Lagerungshilfen/Hilfen zur
Selbstversorgung

Besondere Unterrichtsmittel:
Spezielle Arbeitstische/ Computer/-
steuerung/ Kommunikationshilfen

Medizinische Versorgung:
Sondieren/Kathetersieren/
Dekubitusprophylaxe/medikamentöse
Versorgung
