**Modul Motorik**

**Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen mit einer Behinderung**

**Modul Motorik**

| **Name Schülerin / Schüler** |  | |
| --- | --- | --- |
| **Datum:** |  | |
| **Schule:** |  | |
| **Bogen erstellt von:** |  | |
| ***Formularfelder mit \* sind mit Hilfefeldern hinterlegt (öffnen mit F1)*** | | |
| 1. **Funktionale Einschränkung (Schädigung): Beeinträchtigung der motorischen Entwicklung / körperliche Einschränkungen** *(in Anlehnung an die ICF)* | | |
| **1.1. Fachärztliche Diagnose:**    **Regelmäßige Fachärztliche Behandung erforderlich:**  Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| * 1. **Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:** | | |
|  | | |
| **2. Auswirkungen der funktionalen Einschränkung (Schädigung)** | | |
| **2.1. Motorische Auswirkungen** | | |
| Der Schüler kann ohne fremde Hilfe gehen | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Falls Teilweise oder Nein - der Schüler benötigt folgende Hilfsmittel / Unterstützung zur Fortbewegung | |
|  | | |
| Der Schüler kann im Stehen arbeiten | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann im Sitzen arbeiten | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | |
| Der Schüler kann seine Bewegungen koordinieren | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | |
| Der Schüler kann seinen Kopf kontrollieren | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | |
| Der Schüler kann seinen Rumpf kontrollieren | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann grobmotorische Bewegungsabläufe durchführen | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann feinmotorische Bewegungsabläufe durchführen | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann seine Hände einsetzen | | |
| **rechts**   Ja  Teilweise  Nein  **links**  Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| **2.2 Kommunikation** | | |
| Der Schüler kann sprechen | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann lesen | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann schreiben | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| **2.3 Psychosoziale Auswirkungen der funktionalen Einschränkungen** | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Unterstützungsbedarfe in Schule / Betrieb** | | |
| **3.1 Schulischer Unterstützungsbedarf** | | |
| Der Schüler benötigt schulische Nachteilsausgleiche | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| **3.2 Medizinischer/pflegerischer Unterstützungsbedarf** | | |
| Der Schüler bewältigt die Körperhygiene selbstständig | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler bewältigt den Toilettengang selbstständig | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler benötigt einen Katheter | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler benötigt Infusionen | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler bewältigt die Nahrungsaufnahme selbstständig | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler benötigt eine Sonde | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler benötigt Medikamente | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler benötigt eine spezielle Ernährung (Diät / Schonkost) | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler muss gelagert werden | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler muss abgesaugt werden | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler benötigt Inhalationen | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler benötigt Notfallintervention | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Für den Schüler gibt es ein Notfallmanagement | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Sonstiger medizinischer/pflegerischer Unterstützungsbedarf | | |
| **Erläuterungen:** | | |
| **3.3 Unterstützung am Arbeitsplatz** | | |
| Der Schüler benötigt Arbeitsassistenz | | |
| Ja  Nein  Falls ja,   in welcher Form:  In welchem Umfang: | | |
| Der Schüler arbeitet unter für ihn angepassten Bedingungen vollschichtig | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | |
| Der Schüler benötigt weitere Unterstützungen | | |
| Ja  Nein  Falls ja,   in welcher Form:  In welchem Umfang: | | |
|  | | |
| **Weitere Hinweise / Erläuterungen:** | | |