**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 [ ]  NeinFalls 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 [ ]  NeinFalls ja,  in welcher Form:       In welchem Umfang:       |
|  |
| **Weitere Hinweise / Erläuterungen:**      |