**Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung**

**Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen mit einer Behinderung**

**Modul Epilepsie**

**Modul Epilepsie**

| **Name Schülerin / Schüler** |  |
| --- | --- |
| **Datum:** |       |
| **Schule:** |       |
| **Bogen erstellt von:**  |       |
| ***Formularfelder mit \* sind mit Hilfefeldern hinterlegt (öffnen mit F1)*** |
| 1. **Funktionale Einschränkung (Schädigung): Epilepsie** *(in Anlehnung an die ICF)*
 |
| **1.1. Diagnose:** |
|      **Regelmäßige Fachärztliche Behandung erforderlich:**[ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein**Erläuterungen:**Der Schüler kooperiert mit Ärzten / Therapeuten:[ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein**Erläuterungen:**Der Schüler nimmt notwendige Medikamente zuverlässig ein:[ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein**Erläuterungen:**Falls Medikation vorhanden, Aus- und Nebenwirkungen der Medikamente auf die a). Schulische Leistung [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Neinb). Berufliche Leistung [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Neinc). Arbeitssicherheit [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Neind). Fahrtauglichkeit [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein**Erläuterungen:**Der Schüler geht mit seiner Beeinträchtigung angemessenen um:[ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein**Erläuterungen:** |
| **1.2. Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:** |
|        |
|  |
| 1. **Auswirkungen der funktionalen Einschränkung**
 |
| **2.1. Anfallsgeschehen** |
| **Art der Anfälle:**      **Dauer der Anfälle:**       **Anfallsfrei seit:**       |
| **Anfallsbeschreibung:** [ ]  **vor (ev. Aura, Auslöser):**      [ ]  **während (Bewusstsein, Sturzgefahr, Willkürmotorik, unangemessenen Handlungen):**      [ ]  **danach:**      Persönliche Unterstützung während des Anfalls erforderlich: [ ]  Ja [ ]  Nein Notfallmedikamente: [ ]  Ja [ ]  Nein Notfallkarte vorhanden: [ ]  Ja [ ]  Nein Anfallsprotokolle: [ ]  Ja [ ]  NeinFacharzt wird über das Anfallsgeschehen informiert : [ ]  Ja [ ]  NeinErläuterungen:      **Häufigkeit der Anfälle bzw. Zeiten ohne Anfälle, tageszeitliche Bindung (bitte beschreiben):**      **Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit/Orientierung nach dem Anfall:**      **Weitere Erläuterungen:**       |
| **2.2. Gefährdungskategorie nach DGUV Information 250-001** |
| **Gefährdungskategorie:**      [ ]  0 [ ]  A [ ]  B [ ]  C [ ]  DFür die Einordnung in die Gefährdungskategorien 0,A,B,C oder D ist eine Beschreibung der Anfälle erforderlich. Dabei sollten folgende Fragen beantwortet werden können:1. Ist das Bewusstsein erhalten? 2. Kommt es zu Haltungsverlust?
2. Ist die Willkürmotorik gestört? 4. Kommt es zu unangemessenen Handlungen?

**Ausschluss bestimmter Tätigkeiten nach DGUV 250-001:**       |
| **2.3. Psychosoziale Auswirkungen der funktionalen Einschränkungen** |
|       |
|  |
| 1. **Unterstützungsbedarfe in Schule / Betrieb**
 |
|       |
|  |
| **Weitere Anmerkungen**        |