

# Sprachheilambulanz

des regionalen Beratungs- und Förderzentrums der



## Auftragsklärung

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Auftragsklärungsgespräches am \_\_\_\_\_

rBFZ-Lehrkraft Name: \_\_\_\_\_

Lehrerin/Lehrer Name: \_\_\_\_\_

Schulleitung Name: \_\_\_\_\_

Schulsozialarbeit Name: \_\_\_\_\_

Schülerin/Schüler Name: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte Name: \_\_\_\_\_

Sonstige TN Name: \_\_\_\_\_

Welche Auffälligkeiten gibt es im Bereich SPRACHE? (Beispiele s. Beobachtungsbogen)

Aussprache:

Wortschatz:

Grammatik:

Sprachverständnis:

Vereinbarung erster Maßnahmen:

Wann erfolgt eine Evaluation der Ergebnisse der Beratung/Diagnostik und welche Maßnahmen erfolgen danach?

SH 01 Beratungsantrag Sprachheilambulanz

- Die Schulleitung der meldenden Einrichtung wurde informiert und ist damit einverstanden.
- Die Schülerin/der Schüler ist in der LUSD bereits mit dem Förderschwerpunkt \_\_\_\_\_ aufgenommen.
- Die Schülerin/der Schüler ist als VM (vorbeugende Maßnahme) mit dem Förderschwerpunkt SPR in die LUSD einzupflegen.

---

Ort, Datum

---

Name in Druckbuchstaben/Unterschrift der Kollegin der Sprachheilambulanz

---

Name in Druckbuchstaben/Unterschrift der Auftraggeberin/des Auftraggebers