**Modul Motorik**

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

**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** | | |
|  | | |
|  | | |
| **2. Auswirkungen der funktionalen Einschränkung (Schädigung)** | | |
| **2.1. Motorische Auswirkungen** | | |
| Der Schüler ist grobmotorisch geschickt: | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler ist feinmotorisch geschickt: | |
| 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 seine Körperteile kontrollieren: | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann seine Körperseiten kontrollieren: | |
| **rechts**   Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:**  **links**  Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann seine Extremitäten kontrollieren: | |
| **oben**  Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:**  **unten**   Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann gezielte handmotorische Bewegungsabläufe durchführen: | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann grobmotorische 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 verständlich sprechen: | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann dem Bildungsgang entsprechend Lesen: | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| Der Schüler kann leserlich schreiben: | | |
| Ja  Teilweise  Nein  **Erläuterungen:** | | |
| **2.3 Psychosoziale Auswirkungen der funktionalen Einschränkungen** | | |
|  | | |
|  | | |
| 1. **Unterstützungsbedarfe in Schule / Betrieb** | | |
| **3.1 Schulischer Unterstützungsbedarf** | | |
| Dem Schüler werden schulische Nachteilsausgleiche gewährt: | | |
| 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 Diät: | | |
| 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:** | | |
| Sonstiges: | | |
| **Erläuterungen:** | | |
| **3.2 Unterstützung am Arbeitsplatz** | | |
| Der Schüler benötigt Arbeitsassistenz: | | |
| Ja  Nein  Falls ja,   in welcher Form:  In welchem Umfang:  **Sonstige Unterstützungsbedarfe:** | | |
| Der Schüler benötigt weitere Unterstützungen: | | |
| Ja  Nein  Falls ja,   in welcher Form:  In welchem Umfang: | | |
|  | | |
| **Weitere Anmerkungen** | | |