

Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung

Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen mit einer Behinderung

Modul Motorik

Name Schülerin / Schüler	
Datum:	
Schule:	
Bogen erstellt von:	

1. Funktionale Einschränkung (Schädigung): Beeinträchtigung der motorischen Entwicklung / körperliche Einschränkungen *(in Anlehnung an die ICF)*

1.1. Fachärztliche Diagnose:

Regelmäßige Fachärztliche Behandlung erforderlich:

Ja Teilweise Nein

Erläuterungen:

1.2. 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:

©



Alle Unterlagen unter:

<http://www.schule-bw.de/schularten/sonderschulen/ubve/materialien.html>
<http://www.km-bw.de/Lde/Startseite/Schule/Berufliche+Eingliederung>
<http://www.kvjs.de/index.php?id=1711>

Das Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung wurde auf der Basis der Kooperationsvereinbarung zur Förderung der beruflichen Teilhabe junger Menschen mit wesentlichen Behinderungen beim Übergang von der Schule in den allgemeinen Arbeitsmarkt vom 16.12.2010 entwickelt und eingeführt. Das © liegt bei den Vereinbarungspartnern. Das Kompetenzinventar kann nur in deren Auftrag oder mit deren Zustimmung genutzt werden.

*Bei der Verwendung des Kompetenzinventars sind das „Profil-AC“ (Kultusministerium) und der „Gesamtbeurteilungsbogen“ (Arbeitsagentur) **nicht erforderlich**.*

Name Schülerin / Schüler			
Der Schüler kann im Sitzen arbeiten			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erläuterungen:			
Der Schüler kann seine Bewegungen koordinieren			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erläuterungen:			
Der Schüler kann seinen Kopf kontrollieren			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erläuterungen:			
Der Schüler kann seinen Rumpf kontrollieren			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erläuterungen:			
Der Schüler kann grobmotorische Bewegungsabläufe durchführen			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erläuterungen:			
Der Schüler kann feinmotorische Bewegungsabläufe durchführen			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erläuterungen:			
Der Schüler kann seine Hände einsetzen			
rechts	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
links	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erläuterungen:			
2.2 Kommunikation			
Der Schüler kann sprechen			
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein
Erläuterungen:			

Name Schülerin / Schüler	
Der Schüler kann lesen	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler kann schreiben	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
2.3 Psychosoziale Auswirkungen der funktionalen Einschränkungen	

3. Unterstützungsbedarfe in Schule / Betrieb	
3.1 Schulischer Unterstützungsbedarf	
Der Schüler benötigt schulische Nachteilsausgleiche	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
3.2 Medizinischer/pflegerischer Unterstützungsbedarf	
Der Schüler bewältigt die Körperhygiene selbstständig	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler bewältigt den Toilettengang selbstständig	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler benötigt einen Katheter	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler benötigt Infusionen	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	

Name Schülerin / Schüler	
Der Schüler bewältigt die Nahrungsaufnahme selbstständig	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler benötigt eine Sonde	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler benötigt Medikamente	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler benötigt eine spezielle Ernährung (Diät / Schonkost)	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler muss gelagert werden	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler muss abgesaugt werden	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler benötigt Inhalationen	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler benötigt Notfallintervention	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Für den Schüler gibt es ein Notfallmanagement	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	

Name Schülerin / Schüler	
Sonstiger medizinischer/pflegerischer Unterstützungsbedarf	
Erläuterungen:	
3.3 Unterstützung am Arbeitsplatz	
Der Schüler benötigt Arbeitsassistenten	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, in welcher Form: In welchem Umfang:	
Der Schüler arbeitet unter für ihn angepassten Bedingungen vollschichtig	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein	
Erläuterungen:	
Der Schüler benötigt weitere Unterstützungen	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Falls ja, in welcher Form: In welchem Umfang:	
Weitere Hinweise / Erläuterungen:	