

## Dokumentationsraster B

### **Leistungsnachweis für Mütter von Kindern mit Behinderung**

**Name:**

**Vorname:**

**Adresse:**

**PLZ/Ort:**

**Kind/er:**

**Zeitspanne:**

## **Dokumentation**

1. Kurzbeschreibung Entwicklungsstand Kind (physisch, psychisch, geistig)
2. Massgebliche Herausforderungen der Situation
3. Pflege des Kindes
4. Essen/Trinken Kind
5. Förderung/Erziehung Kind
6. Mobilisierung (Techniken) Kin
7. Anwendungen medizinische Massnahmen (Therapien etc) Kind
8. Hilfsmittel Kind
9. Besondere Rahmenbedingungen (Nationalität; Religion; u.a.)
10. Zusammenarbeit mit Aerzten
11. Zusammenarbeit Frühförderung/Therapeuten
12. Zusammenarbeit Invalidenversicherung/sonstige Dienststellen
13. Zusammenarbeit Schulbehörde/Schulpsychologischer Dienst/Lehrer
14. Zusammenarbeit Vormundschaftsbehörde
15. Organisationsaufgaben
16. Führungsaufgaben
17. Spezifische Weiterbildungen
18. weiteres

1. Kurzbeschreibung Entwicklungsstand Kind (physisch, psychisch, geistig)

Datum
-------

2. Massgebliche Herausforderungen der Situation

Datum
-------

3. Pflege des Kindes

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

4. Essen / Trinken Kind

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 5. Förderung / Erziehung Kind

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 6. Mobilisierung Kind

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 7. Anwendungen (medizinische Massnahmen) Kind

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 8. Hilfsmittel Kind

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

9. Besondere Rahmenbedingungen (Nationalität; Religion; u.a.)

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

10. Zusammenarbeit mit Ärzten

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

11. Zusammenarbeit Frühförderung/Therapeuten

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

12. Zusammenarbeit Invalidenversicherung/sonstige Dienststellen

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 13. Zusammenarbeit Lehrer/Schulbehörde/schulpsychologischer Dienst

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 14. Zusammenarbeit Vormundschaftsbehörde

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 15. Organisationsaufgaben

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 16. Führungsaufgaben

Aktionen	Ansatz Einbezug Hilfsmittel	Zeit/ Tag	

### 17. Spezifische Weiterbildungen

Abschluss/Ausbildungsinstitution/Dauer	Anwendung	

### 18. Weiteres

	Anwendung	