



## Aufnahmediagnostik an der AKB (Bogen A) (volljährige Schüler)

### 1. Anamnesebogen A

#### a) Angaben zum Schüler/zur Schülerin

Nachname		Vorname	
Anschrift			Telefon
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	in Deutschland seit	

#### b) Angaben zur Familie

Vater	Ausgeübter Beruf	Anschrift/Telefon (falls von Schüleradresse abweichend)
Mutter	Ausgeübter Beruf	Anschrift/Telefon (falls von Schüleradresse abweichend)
Zahl der Geschwister	Geburtsjahre	

#### c) Angaben zur zuletzt besuchten Schule

Name der Klassenleitung	Name der Schule
-------------------------	-----------------

#### d) Besonderheiten in der Entwicklung/Krankheitsgeschichte

<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt	
<input type="checkbox"/> Körperbehinderung	<input type="checkbox"/> Hörschädigung	<input type="checkbox"/> Sehschädigung (Brille)
_____		
<input type="checkbox"/> akute Behinderung aufgrund einer Verletzung		
_____		
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Ist der/die Schüler/in geimpft? <input type="checkbox"/> Ja, gegen _____		
_____		
Spätere Einschulung (Alter)		



Schulwechsel	War der/die Schüler/in schon einmal an einer Förderschule? Wenn Ja, welche? _____
--------------	--

## 1. Anamnesebogen A

### e) Bisherige Unterstützungsmaßnahmen

Therapien/ Fördermaßnahmen (außerschulisch und schulisch)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Legasthenie <input type="checkbox"/> Dyskalkulie <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____ Name der Einrichtung oder des/der Therapeuten/in, Telefon: _____
Kontakte zu Institutionen (Hort, Erziehungsberatung, Hausaufgabenhilfe, Fachdienste wie Kinderpsychiater, Psychologen)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, Name des/der Betreuers/in oder Therapeuten/in, Telefon: _____
Kontakte zum Beratungslehrer/ Schulpsychologen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, Name des Lehrers/Schulpsychologen, Telefon: _____
Bisherige Inanspruchnahme Mobiler Sonderpädagogischer Dienste	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn Ja, Name des/der MSD-Mitarbeiters, Telefon: _____

### f) Wer hat Sie an die Adolf-Kolping-Berufsschule geschickt?

Name/ Telefon
---------------

### g) Warum wurden Sie an die Adolf-Kolping-Berufsschule geschickt?

--



Ich habe **vollständig** und nach bestem Wissen den Anamnesebogen ausgefüllt:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler/in

---

## **2. Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

im Rahmen der Aufnahmediagnostik der Adolf-Kolping-Berufsschule München mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler/in

---

## **3. Beratung zur Schullaufbahn**

Die rechtlichen und tatsächlich zur Verfügung stehenden schulischen Lernorte sind mir bekannt und ich wünsche die Aufnahme in die Adolf-Kolping-Berufsschule in München.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler/in

---