

# Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung

## Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen mit einer Behinderung

### Modul Hören

<b>Name Schülerin / Schüler</b>	
<b>Datum:</b>	
<b>Schule:</b>	
<b>Bogen erstellt von:</b>	

#### 1. Funktionale Einschränkung (Schädigung): Hören *(in Anlehnung an die ICF)*

##### 1.1. Diagnose:

Fachärztlicher Befund:  liegt vor vom:  
 nicht vorhanden  angefordert am:

##### Regelmäßige Fachärztliche Behandlung erforderlich:

Ja  Teilweise  Nein

Erläuterungen:

##### 1.2. Zusätzliche Diagnosen:

Tinnitus  Usher-Syndrom  Hyperakusis  Morbus Menière  
 Sonstiges:

##### 1.3. Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:

#### 2. Auswirkung / Ausprägung der funktionalen Einschränkung (Schädigung)

##### 2.1. Hörstatus zum Zeitpunkt der Erfassung ohne Kompensationsmittel

Gehörlosigkeit (0 - 6 Jahre)  mit Resthörvermögen  ohne Resthörvermögen

Eintrittsalter der Hörbehinderung: (bitte konkrete Altersangabe)



Alle Unterlagen unter:

<https://www.ifd-bw.de/kompetenzinventar/>

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	
Audiogramm:	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> angefordert am <input type="checkbox"/> liegt vor vom
<b>Schwerhörigkeit oder Ertaubung:</b>	
	<b>linkes Ohr</b> <b>rechtes Ohr</b>
nicht betroffen:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
geringgradig:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
mittelgradig:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
hochgradig:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schalleitungsschwerhörigkeit:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schallempfindungsschwerhörigkeit:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ertaubung:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Erläuterungen:</b>	
<b>2.2. Vorhandene Kompensationsmittel (Hilfsmittel)</b>	
	<b>linkes Ohr</b> <b>rechtes Ohr</b>
<input type="checkbox"/> CI (Cochlear Implant)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Erläuterungen:</b>	
<input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Erläuterungen:</b>	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Erläuterungen:</b>	
Besteht Hilfsmittelakzeptanz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein
<b>Erläuterungen:</b>	
<b>2.3. Hörstatus unter Nutzung vorhandener Kompensationsmittel</b>	
Der Schüler kann Laute differenzieren	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein
<b>Erläuterungen:</b>	
Der Schüler kann Geräusche differenzieren	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein
<b>Erläuterungen:</b>	
Der Schüler versteht einzelne Wörter	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein
<b>Erläuterungen:</b>	

<b>Name Schülerin / Schüler</b>			
Der Schüler versteht einfache Sätze			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Erläuterungen:</b>			
Der Schüler versteht Arbeitsanweisungen			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Erläuterungen:</b>			
Der Schüler versteht Sprache in ruhiger Umgebung			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Erläuterungen:</b>			
Der Schüler versteht Sprache im Störschall			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Erläuterungen:</b>			
Weitere Erläuterungen zum Hörstatus			
<b>2.4. Kommunikation</b>			
Der Schüler bevorzugt die Kommunikation mit			
<input type="checkbox"/> Lautsprache	<input type="checkbox"/> DGS	<input type="checkbox"/> LBG	
<input type="checkbox"/> körpernahe / taktile Gebärden	<input type="checkbox"/> Fingeralphabet	<input type="checkbox"/> Lormen	<input type="checkbox"/> kein Vorzug
<b>Erläuterungen:</b>			
Der Schüler kann sich lautsprachlich verständlich mitteilen			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Erläuterungen:</b>			
Der Schüler kann sich lautsprachlich mit unterstützenden Gebärden verständlich machen			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Erläuterungen:</b>			
Der Schüler kann sich gebärdensprachlich verständlich mitteilen			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Erläuterungen:</b>			
Der Schüler gebärdet in vollständigen Sätzen			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Erläuterungen:</b>			

Name Schülerin / Schüler

**2.5. Psychosoziale Auswirkungen der funktionalen Einschränkungen:**

**3. Unterstützungsbedarfe in Schule / Betrieb**

**3.1. Personale Unterstützung (erforderlich)**

Arbeitsassistentz  
**Erläuterungen:**

Schriftdolmetscher  
**Erläuterungen:**

Gebärdensprachdolmetscher (Onlinedienste)  
**Erläuterungen:**

Taubblindenassistentz  
**Erläuterungen:**

**3.2. Zusätzliche Kompensationsmittel am (geplanten) Arbeitsplatz**

Benötigt **keine** weiteren Kompensationsmittel (über 2.2. hinaus)

Benötigt weitere Kompensationsmittel (über 2.2. hinaus), welche:

	linkes Ohr	rechtes Ohr
<input type="checkbox"/> CI (Cochlear Implant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erläuterungen:</b>		
<input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erläuterungen:</b>		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erläuterungen:</b>		

<b>Name Schülerin / Schüler</b>	
<b>3.3. Technische Arbeitshilfen am (geplanten) Arbeitsplatz (erforderlich)</b>	
<input type="checkbox"/>	Bildtelefon / PC mit Videotelefonie
<b>Erläuterungen:</b>	
<input type="checkbox"/>	Sh-Telefon/Verstärker
<b>Erläuterungen:</b>	
<input type="checkbox"/>	FM-Anlage
<b>Erläuterungen:</b>	
<input type="checkbox"/>	Lichtsignalanlage
<b>Erläuterungen:</b>	
<input type="checkbox"/>	Personenrufanlage
<b>Erläuterungen:</b>	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
<b>3.4. Schulische Nachteilsausgleiche</b>	
Dem Schüler werden schulische Nachteilsausgleiche gewährt	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Teilweise
<input type="checkbox"/>	Nein
<b>Erläuterungen:</b> *	
Der Schüler benötigt weitere Unterstützungen	
<b>3.5. Arbeitsplatzgestaltung (erforderlich)</b>	
<b>Weitere Anmerkungen</b>	