

# Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung

## Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen mit einer Behinderung

### Modul Motorik

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

#### 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:

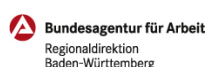
Falls Teilweise oder Nein - der Schüler benötigt folgende Hilfsmittel / Unterstützung zur Fortbewegung

Der Schüler kann im Stehen arbeiten

Ja                       Teilweise                       Nein

Erläuterungen:

©



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

<b>Name Schülerin / Schüler</b>	
<b>2.3 Psychosoziale Auswirkungen der funktionalen Einschränkungen</b>	

**3. Unterstützungsbedarfe in Schule / Betrieb**

**3.1 Schulischer Unterstützungsbedarf**

Der Schüler benötigt schulische Nachteilsausgleiche

- 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 eine spezielle Ernährung (Diät / Schonkost)

- Ja                       Teilweise                       Nein

**Erläuterungen:**

