|  |  |
| --- | --- |
| Geltungsbereich: | BK Bayreuth, Sprachtherapie |
|  |  |

**„TELE-JUST: Telemedizin in der sprachtherapeutischen Versorgung von Jugendlichen“**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |       |
| Geburtsdatum |       |

|  |
| --- |
| **Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlungen der letzten zwei Jahre (Zeitraum? Wo? Weshalb?)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Aktuelle Medikation** |
|       |

|  |
| --- |
| **Besonderheiten in der Sprachentwicklung (falls bekannt)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Hat bereits eine sprachtherapeutische Behandlung stattgefunden? (Wann? Wo? Weshalb?)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Aktuelle Wohnsituation (Anzahl und Alter der Personen, in der Familie/ in einer Wohngruppe/ WG)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Aktuelle Schul-/ Ausbildungssituation (Welche Schule, Welche Klasse; Einschätzung der schulischen Leistungen / letzte Note in Deutsch, ggf. Schulabschluss, Ausbildungsbetrieb/ -maßnahme)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Angaben zur Tagesstruktur (Freizeitaktivitäten, Hobbies, Freunde treffen)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Persönliche Stärken/Vorlieben** |
|       |