



Bildungs- und Beratungszentrum Pädagogik bei Krankheit/Autismus  
(BBZ)  
Rhiemsweg 6  
22 111 Hamburg  
Tel.: 040 / 42863- 4926

Mail: [MU-BBZ@bsfb.hamburg.de](mailto:MU-BBZ@bsfb.hamburg.de)

## ANTRAG AUF MOBILEN UNTERRICHT

*Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen (und postalisch, als Scan oder Fax zustellen)  
Die Stellungnahme der Schulleitungen auf Seite 3 ist erforderlich!*

### Hiermit beantrage ich Mobilen Unterricht für mein Kind (w/m/d)

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten der Sorgeberechtigten (der Wohngruppe/Bezugsperson/Vormund)

Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Handy (Sorgeberechtigte): \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

### Weitere Beteiligte

Behandelnde(r) Facharzt/ärztin: \_\_\_\_\_

Begleitende(r) Therapeut/in (*bei psychisch Erkrankten ist für die Beantragung des Mobilen Unterrichts eine regelmäßige Behandlung zwingend erforderlich*): \_\_\_\_\_

ReBBZ (Standort, Ansprechpartner/in, Kontaktdaten): \_\_\_\_\_

Beratung Pädagogik bei Krankheit / BBZ (Ansprechpartner/in): \_\_\_\_\_

ASD / Jugendamt (Standort und Ansprechpartner): \_\_\_\_\_

→ Der Mobile Unterricht wird voraussichtlich benötigt bis: \_\_\_\_\_

→ Ein **fachärztliches** Attest, aus dem eindeutig hervorgeht, dass keine (Vollzeit-)Beschulung möglich ist, liegt diesem Antrag bei.

Ja

### Schulisches Betreuungsangebot im Mobilen Unterricht

Kann Ihr Kind an einem Kleingruppenangebot teilnehmen? Ja  Nein

Braucht Ihr Kind ein Einzelangebot? Ja  Nein

Ist Ihr Kind in der Lage, auf dem Weg zum Lernort öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen? Ja  Nein

Welche Unterrichtsfächer werden im Besonderen benötigt?

---

---

Wann konnte Ihr Kind zuletzt am Unterricht der Schule teilnehmen?

---

Bitte senden Sie Ihren Antrag an das BBZ (siehe oben) **UND** an die Schule Ihres Kindes. Die Schulleitung wird eine Stellungnahme an das BBZ senden. **OHNE** Stellungnahme der Schule ist die Bearbeitung Ihres Antrages nicht möglich.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Sorgeberechtigte

---

### Allgemeine Hinweise zum schulischen Betreuungsangebot durch das BBZ

- Wenn das schulische Angebot zuhause stattfindet, muss eine erwachsene Aufsichtsperson anwesend sein.
- Die Absprache der Termine erfolgt gemeinsam mit der zuständigen BBZ-Lehrkraft.
- Termine, die nicht eingehalten werden können, sollten möglichst rechtzeitig bei der Lehrkraft von den Sorgeberechtigten abgesagt werden.
- Das fachärztliche Attest bedarf einer regelmäßigen Erneuerung (im Fall rein somatischer Erkrankungen alle 12 Monate, psychosomatische Erkrankungen alle sechs Monate, psychische Erkrankungen alle drei Monate).
- Unsere Lehrkraft wird Sie, als Sorgeberechtigte, im Erstgespräch um eine Schweigepflichtentbindung bitten.



Bildungs- und Beratungszentrum Pädagogik bei Krankheit/Autismus  
(BBZ)  
Rhiemsweg 6  
22 111 Hamburg  
Tel.: 040 / 42863- 4926

Mail: [MU-BBZ@bsfb.hamburg.de](mailto:MU-BBZ@bsfb.hamburg.de)

## Ergänzende Stellungnahme der Schulleitung / Antrag auf Mobilen Unterricht

*Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen (und postalisch, als Scan oder Fax zustellen)*

### Angaben der Schulleitung

Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Anschrift der Schule \_\_\_\_\_

Klassenlehrer/in (mit Kontaktdaten) \_\_\_\_\_

Hat der Schüler/die Schülerin einen **Sonderpädagogischen Förderbedarf (SPF)**?

Nein

Ja Welcher SPF liegt vor? \_\_\_\_\_

Wird der Mobile Unterricht befürwortet?  Ja  Nein

Stellungnahme der Schulleitung:

Das beteiligte Lehrer-/Lehrerinnenteam des Schülers/der Schülerin ist über die Zusammenarbeit mit dem BBZ in Kenntnis gesetzt. Sie bleiben die Stammschule des/der Schülers/Schülerin. Diese Kooperation erfordert den Austausch mit Lehrkräften des BBZ, die Benennung der anstehenden Unterrichtseinheiten, Weitergabe von Material, sowie ggf. die Ausleihe von Lehrwerken. Ansprechpartner/in und verantwortlich für die Kooperation mit den Lehrkräften im Mobilen Unterricht ist: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name mit Email und Telefonnummer)

\_\_\_\_\_  
Datum, Schulstempel, Unterschrift Schulleitung/Abteilungsleitung