

Nachteilsausgleich bei Kleine-Levin-Syndrom

Antrag

Datum: xx.xx.20xx

Sehr geehrter Herr/Sehr geehrte Frau,

gemäß der fachärztlichen Bescheinigung und der Erklärung zum Kleine-Levin-Syndrom (KLS) beantragen wir die Bewilligung eines Nachteilsausgleichs in allen schulischen Belangen für unseren Sohn/Tochter in den genannten Punkten (s. Anlage Maßnahmen) für das kommende Schuljahr.

Name Schüler:

Klasse:

Schuljahr:

Wir bitten um schnellstmögliche Bewilligung des Nachteilsausgleiches.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname Nachname

Anlagen:

- Fachärztliche Bescheinigung und Erklärung Kleine-Levin-Syndrom
- Vorschlag: Maßnahmen für entstehende Nachteile durch Kleine-Levin-Syndrom

Erklärung zum Kleine-Levin-Syndrom (KLS):

Als Kleine-Levin-Syndrom wird eine sehr seltene, periodisch auftretende Hypersomnie/Schlafkrankheit bezeichnet, die durch wiederkehrende (oft 1-4x/Jahr), jeweils ungefähr 2 (1-6) Wochen andauernde Schläfrigkeitsperioden (Schlafdauer bis zu 18h/ Tag), einhergehend mit Wahrnehmungs- und Verhaltensstörungen gekennzeichnet ist. Während solcher Episoden sind Betroffene nicht in der Lage die Schule zu besuchen.

Durch die Erkrankung kann es entsprechend zu vermehrt Fehlzeiten kommen.

Es bestehen keine prinzipiellen kognitiven Einschränkungen (Konzentration, Gedächtnis, andere) außerhalb der o.g. Episoden. Schule, Berufsausbildung und Hochschulstudium können grundsätzlich erfolgreich absolviert werden.