



Elternfragebogen

Legasthenie/Dyskalkulie

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck des Kindes/Jugendlichen zu erhalten, sind Informationen sehr hilfreich. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten des Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zum jungen Menschen

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

Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L) Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) , Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Eltern ausländischer Herkunft

Herkunftsland P1 _____ Herkunftsland P2 _____

Seit wann lebt P1 in Deutschland? _____ Seit wann lebt P2 in Deutschland? _____

Verfügen die Eltern über deutsche Sprachkenntnisse?

keine geringe überwiegende gute

Hatte das Kind bei Kindergarteneintritt/Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?

keine geringe überwiegende gute

Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?

nein ja, von _____ bis _____

Wird in der Familie deutsch gesprochen?

gar nicht kaum eher weniger überwiegend

Wohnsituation

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Das Kind teilt sich ein Zimmer mit _____

Welche Personen leben außer den Eltern/Kindern noch im Haushalt? _____

Erziehung

Das Kind wurde bisher vorwiegend erzogen von:

P1 P2 Eltern gemeinsam Großeltern, Schwiegereltern

Besteht zwischen Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?

ja häufig uneinig, weil _____

Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/ einem Elternteil?

nein ja, welche _____

Wie ist die Beziehung des Kindes zu den Geschwistern?

überwiegend gut häufig Streit, weil _____

Erkrankungen des Kindes

Sind bei dem Kind Erkrankungen (psychisch/körperlich) festgestellt worden?

- ja nein

Liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?

- nein ja, folgende: _____

Durch wen und wann wurden sie festgestellt?

Derzeitige Krankheitssymptome/Auffälligkeiten bei dem Kind

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen, Durchfall | <input type="checkbox"/> Einnässen |
| <input type="checkbox"/> motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Einkoten |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen _____ | <input type="checkbox"/> Antriebsarmut |
| <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tics _____ | |
| <input type="checkbox"/> andere, welche _____ | |

In welchem Zusammenhang/in welchen Situationen werden die Symptome/Auffälligkeiten beobachtet?

Benötigt das Kind regelmäßige Medikamenteneinnahme?

- nein ja, folgende: _____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

Von wem?	Welche?	Wann (von – bis)?

Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

Das Verhalten des Kindes im ersten Lebensjahr war

- unauffällig
 auffällig, weil _____

Motorische Entwicklung

Hat das Kind Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten?

- nein ja

Leistungsart	Leistungszeitraum	Alter des Kindes

Das Kind ...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ist in den Bewegungen unauffällig | <input type="checkbox"/> kann nur schwer auf einem Platz sitzen bleiben |
| <input type="checkbox"/> ist in den Bewegungen unruhig | <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten: _____ |
| <input type="checkbox"/> verhält sich oft ungeschickt, z.B. _____ | _____ |

Sprachliche Entwicklung

Das Kind ...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sprach lange wenige gleiche Wörter | <input type="checkbox"/> hat einen geringen Wortschatz |
| <input type="checkbox"/> spricht sehr undeutlich | <input type="checkbox"/> spricht kaum oder gar nicht |
| <input type="checkbox"/> spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze | <input type="checkbox"/> spricht sehr langsam |
| <input type="checkbox"/> spricht überstürzt, verschluckt und verstellt Laute | <input type="checkbox"/> spricht sehr viel |
| <input type="checkbox"/> kann einfache Sätze nicht richtig bilden | <input type="checkbox"/> spricht oft leise und unsicher |
| <input type="checkbox"/> spricht langsam/stockend/stotternd | <input type="checkbox"/> spricht undeutlich |
| <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten _____ | |

Sprachtherapie/Logopädie

- nein ja, von _____ bis _____, Therapeut/in: _____

Besondere Ereignisse, die mit dem Auftreten des Problemverhaltens zusammenhängen könnten?

- | | | |
|---|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tod der Mutter/ Großmutter | Alter des Kindes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tod des Vaters/Großvaters | Alter des Kindes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Tod des Geschwisterkindes | Alter des Kindes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern | Alter des Kindes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Trennung von Geschwistern | Alter des Kindes _____ | |
| <input type="checkbox"/> Stiefkind/ Pflegekind/ Adoptivkind | seit _____ | |
| <input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung | Alter des Kindes _____ | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister
<input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Großvater |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt im Heim | von/bis: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Pflegefamilie | von/bis: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wohnortwechsel | Alter des Kindes _____ | von _____ nach _____
Alter des Kindes _____ von _____ nach _____
Alter des Kindes _____ von _____ nach _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere (bitte beschreiben): _____ | | |

Kindergarten

Angaben zum bisherigen, vorgesehenen oder bereits zurückliegenden Besuch des Kindergartens

Das Kind besucht/besuchte:

- keinen Kindergarten, weil _____
 Regelkindergarten
 Integrationskindergarten

Geht/Ging das Kind gerne in den Kindergarten?

- im Allgemeinen ja
 nein, weil _____

Wie verhält/verhielt sich das Kind im Kindergarten?

- unauffällig
 auffällig, weil _____

Schule

Angaben zum bisherigen Schulbesuch des Kindes

- | | | |
|----------------------|--|---|
| Schulverlauf: | altersgemäße Einschulung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | vorzeitige Einschulung | wann _____ warum _____ |
| | Rückstellung | wann _____ warum _____ |
| | andere Beschulung, welche? | _____ |
| | Wiederholung der Klasse | _____ <input type="checkbox"/> Elternwunsch <input type="checkbox"/> Anraten der Schule |
| | Schulwechsel | wann _____ warum _____ |
| | zeitweise kein Schulbesuch, weil _____ | |
| | zur Zeit Ganztagschule | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | wird integrativ beschult | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft? (ggf. Bescheid des staatlichen Schulamtes beifügen)

nein ja, wann _____, Schwerpunkt: _____

Geht das Kind gerne in die Schule?

im Allgemeinen ja nein hat große Angst vor der Schule, warum?

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

ja fehlt oft, weil _____
 kommt häufig zu spät schwänzt

Mag das Kind die/den KlassenlehrerIn?

ja nein, weil _____

Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?

ja nein, weil _____

Hat das Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

ja nein, weil _____

Ist das Verhältnis des Kindes zu einigen MitschülerInnen gestört?

nein ja, weil _____

Ist das Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

ja nein, weil _____

Macht sich das Kind Sorgen bezüglich der Schule?

nein ja, folgende: _____

Machen Sie sich über die schulische Entwicklung des Kindes Sorgen?

nein ja, folgende: _____

Wie reagieren Sie auf schlechte Schulleistungen des Kindes?

Werden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen des Kindes als auffällig beurteilt?

nein ja, folgende: _____

Bekommt das Kind Nachhilfe?

nein ja, durch häusliches Üben ja, durch Nachhilfe
 ja, durch Förderunterricht in der Schule, seit _____. Wie häufig in der Woche? _____

Erhält das Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule?

nein gesonderte individuelle Aufgaben Aussetzen der Note
 weiß ich nicht stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen
 ja, folgenden: _____ Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen Sonstiges: _____

Wie viel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben?

ungefähr täglich _____ Stunden

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

nein gelegentlich ja, durch _____

Entstehen durch die Bearbeitung der Hausaufgaben des Kindes häusliche Konflikte?

- nein
- ja (bitte beschreiben): _____

Wie verhält sich das Kind vor Klassenarbeiten?

- nicht anders als sonst
- ist ruhig und gelassen
- schläft am Abend vorher schlecht ein
- Übelkeit am Morgen
- Erbrechen am Morgen
- anders (bitte beschreiben): _____
- ist bereits mehrere Tage vorher aufgereggt
- verschweigt oft bevorstehende Klassenarbeiten
- stellt sich krank, um sich der Klassenarbeit zu entziehen
- hat vor/nach der Klassenarbeit Kopf- oder Bauchschmerzen
- ist nach der Klassenarbeit besonders erschöpft

Wie erledigt das Kind schulische Aufgaben?

- fängt von selbst an
- erledigt die Aufgaben selbstständig
- erledigt die Aufgaben zügig
- arbeitet sorgfältig
- arbeitet konzentriert
- braucht kaum Hilfe
- weint oft bei den Hausaufgaben
- häufige Auseinandersetzungen
- muss erinnert und aufgefordert werden
- weigert sich oft, die Aufgaben zu machen
- arbeitet langsam
- arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert
- arbeitet sehr unkonzentriert
- braucht häufig Hilfe
- verhält sich oft aggressiv
- anders (bitte beschreiben): _____

Führen schulische Schwierigkeiten des Kindes zu familiären Konflikten?

- nein
- ja (bitte beschreiben): _____

Verhalten des Kindes in der Familie und in der Freizeit

Beobachten Sie bei das Kind in der Familie Verhaltensauffälligkeiten?

- nein
- ja, folgende: _____

Falls ja, entstehen dadurch wiederkehrende Konflikte zwischen Ihnen und dem Kind?

- nein
- ja, folgende: _____

Das Kind verbringt die Freizeit außerhalb des Elternhauses

- selten
- gelegentlich
- häufig
- meistens

Welche Medien nutzt das Kind regelmäßig (z.B. Handy, PC, Spielekonsolen, TV)? Wie oft durchschnittlich (Std./Woche)?

Das Kind ist lieber...

- für sich allein
- zusammen mit gleichaltrigen Kindern
- zusammen mit jüngeren Kindern
- zusammen mit älteren Kindern

Hat das Kind Freundinnen/Freunde?

- nein ja, wie viele: _____
- eine besondere Freundin/ einen besonderen Freund
- schnell wechselnde Freundschaften
- _____

Pflegt das Kind die Freundschaften regelmäßig?

- regelmäßig persönliche Kontakte (in der Freizeit), wie häufig? _____
- regelmäßig Telefonate/SMS, wie häufig? _____
- Kontakte im Internet (Faceb., Twitter, Instagram, SchülerVZ, andere Foren, Email), wie häufig? _____
- Sonstiges: _____

Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> geht auf andere Kinder zu | <input type="checkbox"/> bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein |
| <input type="checkbox"/> wird schnell einbezogen/ist beliebt | <input type="checkbox"/> löst Konflikte gut/in angemessener Weise |
| <input type="checkbox"/> kann gut mit anderen zusammenspielen | <input type="checkbox"/> neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen |
| <input type="checkbox"/> will meistens im Mittelpunkt stehen | <input type="checkbox"/> hält sich nicht an Regeln und Abmachungen |
| <input type="checkbox"/> wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in | <input type="checkbox"/> geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein |
| <input type="checkbox"/> will meistens bestimmen/Anführer/in sein | <input type="checkbox"/> stört, ärgert andere Kinder oft |
| <input type="checkbox"/> verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos | <input type="checkbox"/> schimpft und schlägt schnell |
| <input type="checkbox"/> gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück | <input type="checkbox"/> anders, wie _____ |

Hat das Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?

- nein ja, folgende: _____
- _____

Ist das Kind in einem Verein/einer Jugendgruppe?

- nein zurzeit nicht, war schon mal _____
- ja, folgende: _____ seit _____

Hat das Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?

- nein ja, folgende: _____

Welche Verhaltensweisen/Stimmungen beobachten Sie häufig?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> schnell wechselnde Stimmungen |
| <input type="checkbox"/> unbeherrscht/impulsiv | <input type="checkbox"/> Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten |
| <input type="checkbox"/> starke Nervosität/Anspannung | <input type="checkbox"/> selbstsicher/selbstbewusst |
| <input type="checkbox"/> kontaktfreudig/offen | <input type="checkbox"/> Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> hilfsbereit | <input type="checkbox"/> bedrückte/depressive Stimmung |
| <input type="checkbox"/> überempfindlich/sehr empfindsam | <input type="checkbox"/> selbstständig/verantwortungsbewusst |
| <input type="checkbox"/> freundlich/lieb | <input type="checkbox"/> lebensfroh/fröhlich |
| <input type="checkbox"/> häufig aggressiv | <input type="checkbox"/> verbale und/oder körperliche Aggression/Gewalttätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Zerstörungswut | <input type="checkbox"/> starke Anpassungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> aktiv/kreativ | <input type="checkbox"/> große Angst vor/bei _____ |
| <input type="checkbox"/> anpassungsfähig | <input type="checkbox"/> Lügen |
| <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich | <input type="checkbox"/> Stehlen |
| <input type="checkbox"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> andere, welche _____ | |

Seit wann beobachten Sie das auffällige Verhalten? (Alter des Kindes) _____

In welchen Situationen (Anlass/Person/Ort/Tageszeit) beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Vorangegangene Untersuchungen/ weitere Hilfen

Haben Sie das Kind wegen Schulleistungsschwächen oder anderen Sorgen bezüglich der Entwicklung des Kindes bereits untersuchen lassen?

nein

ja, bei _____

Falls ja, welche Ergebnisse wurden Ihnen mitgeteilt? (wenn möglich, bitte Unterlagen anfügen)

Welche Behandlungsvorschläge wurden diesbezüglich gemacht und ggf. bereits durchgeführt?

Wurden/Werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

nein

ja

Leistungsart

Leistungszeitraum (von – bis)

Anmerkungen: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von (mehrere Kreuze möglich):

P1

P2

Andere: _____

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P1)

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P2)