



Elternfragebogen

Schulbegleitung

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck des Kindes/Jugendlichen zu erhalten, sind Ihre 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 _____ Herkunftslan d 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 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 den 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 in der Familie

Liegen Erkrankungen in der Familie vor (psychisch/körperlich)?

nein
 ja, folgende: _____

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 ...

- ist in den Bewegungen unauffällig kann nur schwer auf einem Platz sitzen bleiben
- ist in den Bewegungen unruhig andere Auffälligkeiten: _____
- verhält sich oft ungeschickt, z.B. _____

Sprachliche Entwicklung

Das Kind ...

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

Sprachtherapie/Logopädie

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

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

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

Kindergarten

Angaben zum bisherigen 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 oder bevorstehenden Schulbesuch des Kindes

Schulverlauf: altersgemäÙe Einschulung ja nein
vorzeitige Einschulung wann _____ warum _____
Rückstellung wann _____ warum _____
andere Beschulung, welche? _____
Wiederholung der Klasse _____ Elternwunsch Anraten der Schule
Schulwechsel wann _____ warum _____
zeitweise kein Schulbesuch, weil _____

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 Verhältnis des Kindes zu einem oder mehreren Lehrern 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 Sonstiges: _____
 ja, folgenden: _____ Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen

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

Wie erledigt das Kind schulische Aufgaben?

- fängt von selbst an muss erinnert und aufgefordert werden
 erledigt die Aufgaben selbstständig weigert sich oft, die Aufgaben zu machen
 erledigt die Aufgaben zügig arbeitet langsam
 arbeitet sorgfältig arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert
 arbeitet konzentriert arbeitet sehr unkonzentriert
 braucht kaum Hilfe braucht häufig Hilfe
 weint oft bei den Hausaufgaben verhält sich oft aggressiv
 häufige Auseinandersetzungen 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 dem 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 jüngeren Kindern
- zusammen mit gleichaltrigen 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 (Facebook, Twitter, Instagram, SchülerVZ, andere Foren, Email), wie häufig? _____
- Sonstiges: _____

Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?

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

Einschätzung der Eltern

Welche schulischen Schwierigkeiten bestehen aus Ihrer Sicht bei dem Kind vorrangig?

Wie erklären Sie sich diese Schwierigkeiten des Kindes?

Auf welche Weise haben Sie bisher versucht, dem Kind zu helfen?

Welche Versuche waren hilfreich? Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?

Welche Veränderungen/Ziele soll das Kind erreichen?

Was glauben Sie, wie Sie dem Kind helfen könnten, diese Veränderungen/Ziele zu erreichen?

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 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)