



Elternfragebogen

Legasthenie/Dyskalkulie

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck Ihres Kindes 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 Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind und zu den Eltern				
Name, Vorname des Kindes			Geburtsdatum	
Inhaber/in der Personensorge <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich:				
Name, Vorname des Vaters		Name, Vorname der Mutter		
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer		
PLZ Wohnort		PLZ Wohnort		
Geburtsdatum		Geburtsdatum		
Telefon		Telefon		
Handy		Handy		
E-Mail		E-Mail		
derzeitige Tätigkeit / Beruf		derzeitige Tätigkeit / Beruf		
Familienstand der Personensorgeberechtigten: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet				
Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)				
Name	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L) Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Eltern ausländischer Herkunft

Herkunftsland Mutter _____ Herkunftslan d Vater _____

Seit wann lebt die Mutter in Deutschland? _____

Seit wann lebt der Vater in Deutschland? _____

Wird in der Familie deutsch gesprochen?

gar nicht wenig überwiegend

Entwicklung Ihres Kindes

Verhalten Ihres Kindes im ersten Lebensjahr

unauffällig
 auffällig, weil _____

Motorische Entwicklung Ihres Kindes

unauffällig
 verzögerte Entwicklung _____

Sprachliche Entwicklung

unauffällig
 verzögerte Entwicklung _____

Chronische Erkrankungen

keine
 folgende: _____

Derzeitige Krankheitssymptome/ Auffälligkeiten bei Ihrem Kind

keine
 Schmerzen _____
 Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
 motorische Unruhe
 Antriebsarmut
 Schlafstörungen
 gestörtes Essverhalten _____
 Einnässen
 Einkoten
 Tics _____

Benötigt Ihr Kind regelmäßige Medikamenteneinnahme?

nein ja, welche _____

Besondere Ereignisse die mit dem Auftreten des Problemverhaltens zusammenhängen könnten?

keine
 Tod eines nahen Verwandten _____ Alter Ihres Kindes _____
 Trennung der Eltern _____ Alter Ihres Kindes _____
 Aufenthalt Ihres Kindes im Heim/ in einer Pflegefamilie
 Krankenhausaufenthalte Ihres Kindes _____
 Wohnortwechsel _____
 anderes _____

Kindergarten

- keinen
- Regelkindergarten
- Integrationskindergarten

Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

- im Allgemeinen ja
- nein, weil _____

Wie verhielt sich Ihr Kind im Kindergarten?

- unauffällig
- auffällig, weil _____

Schule

- altersgemäße Einschulung
- Rückstellung/ Vorschulkindergarten
- Förderbeschulung, welche _____
- wird integrativ beschult
- Wiederholung einer Klasse? welche _____
- zur Zeit Ganztagschule

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

- im Allgemeinen ja
- häufig nicht gerne, weil _____

Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule?

- ja
- fehlt oft, weil _____
- kommt häufig zu spät
- schwänzt die Schule

Mag Ihr Kind seine Klassenlehrerin/ seinen Klassenlehrer?

- ja
- nein, weil _____

Fühlt es sich im Klassenverband wohl?

- ja
- nein, weil _____

Hat Ihr Kind Freunde/ Freundinnen in seiner Klasse?

- ja
- nein, weil _____

Ist das Verhältnis zu einigen Mitschülern gestört?

- nein
- ja, weil _____

Welche Sorgen macht sich Ihr Kind bezüglich der Schule?

- keine
- folgende: _____

Welche Sorgen machen Sie sich über die schulische Entwicklung Ihres Kindes?

keine

folgende: _____

Wie reagieren Sie auf schlechte Schulleistungen Ihres Kindes? _____

Bekommt Ihr Kind Nachhilfe?

nein

ja, durch _____

Erhält Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule?

nein

ja, folgenden: _____

weiß ich nicht

Wie viel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben?

Ungefähr täglich _____ Stunden

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

nein

ja

Entstehen durch die Bearbeitung der Hausaufgaben Ihres Kindes häusliche Konflikte?

nein

ja, bitte beschreiben _____

Wie verhält sich Ihr Kind vor Klassenarbeiten?

nicht anders als sonst

anders, bitte beschreiben _____

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

nein

ja, bitte beschreiben _____

Führen schulische Schwierigkeiten Ihres Kindes zu familiären Konflikten?

nein

ja, bitte beschreiben _____

Verhalten Ihres Kindes in Ihrer Familie und in seiner Freizeit

Beobachten Sie bei Ihrem Kind in der Familie Verhaltensauffälligkeiten?

nein

ja, folgende: _____

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

nein

ja, folgende: _____

Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

altersgemäß

auffällig, weil _____

Welchen Aktivitäten geht Ihr Kind in seiner Freizeit nach?

Welche Medien nutzt Ihr Kind regelmäßig (z.B. Internet, Spielekonsolen, Fernsehen, DVDs)? Wie oft durchschnittlich (Std./ Woche)?

Hat Ihr Kind Freunde?

- nein, weil _____
- ja, ca. wie viele _____
- schnell wechselnde Freundschaften

Pflegt Ihr Kind die Freundschaften regelmäßig?

- regelmäßige persönliche Kontakte (in der Freizeit), wie häufig _____
- regelmäßige Telefonate/ SMS, wie häufig _____
- Kontakte im Internet (Facebook, SchülerVZ, andere Foren, E-Mail), wie häufig _____
- sonstiges, _____

Besucht Ihr Kind regelmäßig eine Kinder- oder Jugendgruppe? Ist es Mitglied im Verein?

- nein
- ja, nimmt teil bei _____

Beobachten Sie bei Ihrem Kind im Umgang mit anderen Kindern bestimmte Verhaltensauffälligkeiten?

- nein ja, welche _____

Welche Stimmung ist bei Ihrem Kind überwiegend vorherrschend?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> unbeherrscht/ nervös |
| <input type="checkbox"/> freundlich | <input type="checkbox"/> launisch/ schnell wechselhafte Stimmung |
| <input type="checkbox"/> aktiv | <input type="checkbox"/> antriebsarm |
| <input type="checkbox"/> anpassungsfähig | <input type="checkbox"/> leicht reizbar |
| <input type="checkbox"/> kontaktfreudig | <input type="checkbox"/> verschlossen/scheu |
| <input type="checkbox"/> lebensfroh | <input type="checkbox"/> unsicher/ängstlich |
| <input type="checkbox"/> selbstsicher | <input type="checkbox"/> schüchtern |
| <input type="checkbox"/> zufrieden | <input type="checkbox"/> traurig/ bedrückt |

Vorangegangene Untersuchungen/ weitere Hilfen

Haben Sie Ihr Kind wegen Schulleistungsschwächen oder anderen Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres 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?

Erhalten Sie bereits Hilfen durch die Jugendhilfe?

nein

ja, bitte beschreiben _____

Anmerkungen: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter Vater Sonstigem: _____

Datum / Unterschrift/en