



Legasthenie/ Dyskalkulie

Elternfragebogen bei Wiedervorstellung des Kindes

		Datum:

Eltern	_____	_____
Name, Vorname	_____	_____
Anschrift	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Tagsüber erreichbar unter	_____	_____

Erziehung

Sind seit der Zeit der Legasthenie- bzw. Dyskalkulietherapie Veränderungen in der Beziehung zwischen dem Kind und den Eltern/einem Elternteil entstanden? Haben sich Probleme oder Schwierigkeiten reduziert oder sind neue erzieherische Schwierigkeiten hinzugekommen?

nein ja, welche

Erkrankungen des Kindes

Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten | <input type="checkbox"/> Tics (z.B. Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen) |
| <input type="checkbox"/> andere, welche? _____ | |

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

Benötigt das Kind eine regelmäßige Medikamenteneinnahme?

nein ja, welche? _____

Welche Behandlungen / Therapie wurden in der Zwischenzeit empfohlen und durchgeführt?

von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____
von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____
von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____

Besondere Ereignisse innerhalb der letzten 6 – 12 Monate

- Tod einer nahestehenden Person _____
- Trennung der Eltern _____
- Trennung von Geschwistern _____
- anderes _____

Schule

Wiederholung der Klasse _____ Elternwunsch Anraten der Schule

Überprüfung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs nein

ja, wann _____ Ergebnis _____

Schulwechsel wann _____ warum _____

zeitweise kein Schulbesuch, weil _____

Geht das Kind zurzeit gerne in die Schule?

im Allgemeinen ja nein hat große Angst vor der Schule

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

ja fehlt oft, weil _____

kommt häufig zu spät schwänzt

Mag das Kind seine Klassenlehrerin/seinen Klassenlehrer?

ja nein, weil _____

Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?

ja nein, weil _____

Hat das Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

ja nein

Ist das Verhältnis des Kindes zu seinen Mitschülern/zu einigen Mitschülern gestört?

nein ja, weil _____

Ist das Verhältnis des Kindes zu einem oder mehreren Lehrern gestört?

nein ja, weil _____

Welche Fächer, Aufgaben, Tätigkeiten hat/macht das Kind in der Schule besonders gerne?

Welche Fächer, Aufgaben, Tätigkeiten mag das Kind in der Schule überhaupt nicht?

Wie reagieren die Mutter/der Vater zurzeit auf schlechte Schulleistungen des Kindes?

Mutter _____

Vater _____

Bekommt das Kind Nachhilfe?

- nein ja, durch häusliches Üben ja, durch Förderunterricht in der Schule
 ja, durch _____ in der Woche _____ Stunden

Wie viel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben? ungefähr tägl. _____ Stunden

Wie erledigt das Kind seine schulischen Aufgaben?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fängt von selbst an | <input type="checkbox"/> muss erinnert und aufgefordert werden |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbständig | <input type="checkbox"/> weigert sich oft, die Aufgaben zu machen |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben zügig | <input type="checkbox"/> arbeitet langsam |
| <input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig | <input type="checkbox"/> arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert |
| <input type="checkbox"/> arbeitet konzentriert | <input type="checkbox"/> arbeitet sehr unkonzentriert |
| <input type="checkbox"/> braucht kaum Hilfe | <input type="checkbox"/> braucht häufig Hilfe |
| <input type="checkbox"/> weint oft bei den Hausaufgaben | <input type="checkbox"/> verhält sich oft aggressiv |
| <input type="checkbox"/> häufige Auseinandersetzungen | <input type="checkbox"/> anders, wie _____ |

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

- nein gelegentlich ja, durch _____

Wie verhält sich das Kind vor Klassenarbeiten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nicht anders als sonst | <input type="checkbox"/> ist bereits mehrere Tage vorher aufgereg |
| <input type="checkbox"/> ist ruhig und gelassen | <input type="checkbox"/> verschweigt oft bevorstehende Klassenarbeiten |
| <input type="checkbox"/> schläft am Abend vorher schlecht ein | <input type="checkbox"/> stellt sich krank, um sich vor der Arbeit zu drücken |
| <input type="checkbox"/> ihm ist morgens übel | <input type="checkbox"/> hat vor/nach der Arbeit Kopf- oder Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> erbricht morgens | <input type="checkbox"/> ist nach der Arbeit besonders erschöpft |
| <input type="checkbox"/> anders, wie _____ | |

Wie bereitet sich das Kind auf Klassenarbeiten vor?

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> selten |
| <input type="checkbox"/> manchmal | <input type="checkbox"/> regelmäßig |

Wenn ja, wie? _____

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

- nein ja, welche _____

Letztes Gespräch mit der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer _____

Aktuelles Freizeitverhalten des Kindes

Das Kind verbringt seine Freizeit außerhalb des Elternhauses

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> meistens |

Das Kind ist lieber

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> für sich allein | <input type="checkbox"/> zusammen mit jüngeren Kindern |
| <input type="checkbox"/> zusammen mit gleichaltrigen Kindern | <input type="checkbox"/> zusammen mit älteren Kindern |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Hat das Kind Freundinnen/Freunde?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, wie viele? _____ |
| <input type="checkbox"/> eine besondere Freundin/einen besonderen Freund | |
| <input type="checkbox"/> schnell wechselnde Freundschaften | |

Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> geht auf andere Kinder zu | <input type="checkbox"/> verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos |
| <input type="checkbox"/> wird schnell einbezogen/ist beliebt | <input type="checkbox"/> kann Konflikte gut/in angemessener Weise lösen |
| <input type="checkbox"/> kann gut mit anderen zusammen spielen | <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"/> bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein | <input type="checkbox"/> gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück |
| <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"/> schimpft und schlägt schnell |
| <input type="checkbox"/> stört, ärgert andere Kinder oft | <input type="checkbox"/> anders, wie? _____ |
- _____
- _____

Hat das Kind besondere neuere Interessen/Fähigkeiten entwickelt?

- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ |
|-------------------------------|--|
- _____
- _____

Ist das Kind in einem Verein/in einer Jugendgruppe?

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja _____ |
|-------------------------------|-----------------------------------|

Aktuelles Verhalten des Kindes

Welche Verhaltensweisen beobachten Sie zurzeit oft?

- | | |
|--|--|
| <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"/> selbständig/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"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum | <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich |
| <input type="checkbox"/> Stehlen | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> andere, welche? _____ | |

In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Einschätzung der Eltern

Haben sich die Lernschwierigkeiten im Lesen Rechtschreiben Rechnen verändert?

Welche Schwierigkeiten beim Lesen Rechtschreiben Rechnen sind noch besonders auffällig?

Auf welche Weise versuchen Sie das Kind beim Lesen Schreiben Rechnen zu unterstützen?

Welche Veränderungen/Ziele soll Ihr Kind erreichen?

Anmerkungen:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter Vater beiden Eltern von _____

Datum / Unterschrift

Datum / Unterschrift