



Elternfragebogen

Schulbegleitung

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/Aussiedlerfamilien

Herkunftsland Mutter _____ Herkunftsland Vater _____

Seit wann lebt

die Familie die Mutter der Vater in Deutschland? _____

Verfügen die Mutter/der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?

keine geringe überwiegend gute

Hatte das Kind bei der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?

keine geringe überwiegend gute

Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?

nein ja, von _____ bis _____

Wird in der Familie deutsch gesprochen?

gar nicht kaum eher wenig überwiegend

Wohnsituation

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Kind/Er/Sie teilt sich ein Zimmer mit _____

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

Erziehung

Ihr Kind wurde bisher vorwiegend erzogen von:

Mutter Vater Eltern gemeinsam Großeltern oder Schwiegereltern

Besteht zwischen den Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?

ja häufig uneinig, weil _____

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

nein ja, welche _____

Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu seinen Geschwistern?

überwiegend gut häufig Streit, wegen _____

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

nein
 ja, welche _____

Motorische Entwicklung

Hat Ihr Kind Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten (Alter, Behandlungsdauer)?
Ihr Kind/Er/Sie
 ist in seinen Bewegungen unruhig kann nur schwer auf seinem Platz sitzen bleiben
 verhält sich oft ungeschickt, z. B. _____
 andere Auffälligkeiten _____

Sprachliche Entwicklung

Ihr Kind/Er/Sie
 sprach lange wenige gleiche Wörter hat einen geringen Wortschatz
 sprach sehr undeutlich sprach kaum oder gar nicht
 spricht kurze, unvollständige o. falsch geordnete Sätze sprach sehr langsam
 spricht überstürzt, verschluckt, verstellt Laute sprach sehr viel
 konnte 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 _____

Erkrankungen

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen psychischer oder körperlicher Art festgestellt worden?
Liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?
Welche? _____
durch wen / wann festgestellt _____

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?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? ja, welche? _____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

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

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 eines 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 | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister |
| | <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Großvater |
| | Alter des Kindes _____ |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt im Heim | von/bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Pflegefamilie | von/bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Wohnortwechsel | von _____ nach _____ |
| | Alter des Kindes _____ |
| | von _____ nach _____ |
| | Alter des Kindes _____ |
| | von _____ nach _____ |
| | Alter des Kindes _____ |
| <input type="checkbox"/> andere, welche? _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

Kindergarten

Wie verhielt sich Ihr Kind im Kindergarten?

- unauffällig auffällig, weil _____
- besuchte keinen Kindergarten, weil _____

Schule

- Schulverlauf:** altersgemäße 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 _____

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

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

Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule?

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

Mag Ihr Kind seine Klassenlehrerin/seinen Klassenlehrer?

- ja nein, weil _____

Fühlt sich Ihr Kind im Klassenverband wohl?

- ja nein, weil _____

Hat Ihr Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

- ja nein, wie _____

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

- nein ja, weil _____

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

- nein ja, weil _____

Ist Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

- ja nein, weil _____
- _____

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

- nein ja, welche
-
-

_ Bekommt Ihr Kind Nachhilfe?

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

Bekommt Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule?

- Z. Bsp.: gesonderte individuelle Aufgaben Aussetzen der Note
 stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen
 Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen

Wie viel Zeit benötigt Ihr Kind für die Hausaufgaben? ungefähr tägl. ____ Stunden

Wie erledigt Ihr 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 _____

Verhalten des Kindes

Ihr Kind/Er/Sie verbringt seine Freizeit außerhalb des Elternhauses

- selten gelegentlich häufig meistens

Ihr Kind/Er/Sie ist lieber

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

Hat Ihr Kind Freundinnen/Freunde?

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

Wie verhält sich Ihr Kind im Umgang mit anderen Kindern?

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

Hat Ihr Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?

- nein
- ja, welche? _____

Ist Ihr Kind in einem Verein/in einer Jugendgruppe?

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

Hat Ihr Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?

- nein
- ja, welchen? _____

Welche Verhaltensweisen beobachten Sie häufig?

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

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

In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Einschätzung der Eltern

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

Wie erklären Sie sich diese Schwierigkeiten Ihres Kindes?

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

Welche Versuche waren hilfreich?

Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?

Welche Veränderungen/Ziele soll Ihr Kind erreichen?

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

Antragstellung

Wer hat Sie auf die Möglichkeit der Antragstellung gemäß § 35a SGB VIII aufmerksam gemacht?

Hatten Sie bereits Kontakt zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendamtes?

nein

ja, wann?

mit _____

Wurden/Werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

nein

ja

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Welche?

Anmerkungen

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Mutter

Vater

beiden Eltern

von _____

Datum / Unterschrift

Datum / Unterschrift