



Erhebungsbogen

_____ Datum

_____ Name des Vaters/Mutter/Erziehungsberechtigten

_____ Name des Kindes

_____ Geburtsdatum

_____ Klasse

_____ Straße

_____ PLZ

_____ Wohnort

_____ Telefon

_____ Krankenkasse

_____ Schule (Ort)

_____ Klassenlehrer/-in

_____ Deutschlehrer/-in

_____ Wer hat Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam gemacht?

Um Sie erfolgreich beraten zu können und um uns auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt. Fragen, die Sie nicht beantworten können oder möchten, lassen Sie bitte aus.

Nach Rücksendung des Fragebogens werden wir Ihnen einen Termin für die Diagnostik mit Ihrem Kind mitteilen. Auf der Basis der Testauswertung erfolgt dann ein ausführliches Beratungsgespräch.

1. Familiäre Situation

- 1.1. Beruf des Vaters: _____ ganztags halbtags
a) erlernter Beruf: _____
b) ausgeübter Beruf: _____
- 1.2. Schulabschluss des Vaters: _____
- 1.3. Alter des Vaters: _____ Jahre
- 1.4. Beruf der Mutter _____ ganztags halbtags
a) erlernter Beruf: _____
b) ausgeübter Beruf: _____
- 1.5. Schulabschluss der Mutter: _____
- 1.6. Alter der Mutter: _____ Jahre
- 1.7. Geschwister (Geschlecht, Alter): _____
- 1.8. Wurde in Ihrer Familie schon einmal eine Lese-/Rechtschreibschwäche/Rechenschwäche festgestellt?
nein ja Wenn ja, bei wem? _____

2. Kindheitsentwicklung

- 2.1. Auffälligkeiten/Probleme im Schwangerschaftsverlauf
nein ja Wenn ja, welche? _____
- 2.2. Geburt
normaler Verlauf:
Komplikationen bzw. Besonderheiten: _____

- 2.3. Wann hat das Kind laufen gelernt? _____
- 2.4. Wann begann das Kind zu sprechen? _____
Einzelne Wörter mit _____ Monaten. Kleine Sätze mit _____ Monaten
Hatte Ihr Kind besondere Sprachschwierigkeiten, z. B. Stottern, Lispeln, Satzbildungsprobleme, „verwaschene“ Aussprache (über das Alter von 5 Jahren hinaus)?
nein ja Wenn ja, welche? _____
War es in Sprachheilbehandlung/logopädischer Behandlung? nein ja
Wenn ja, wie lange? _____ Bei wem? _____
- 2.5. Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten oder Unfälle?
nein ja Wenn ja, welche? _____

2.6. Krankenhausaufenthalte (mehr als 3 Wochen):

nein ja Wenn ja, von _____ bis _____

2.7. Hat das Kind einen Kindergarten besucht?

nein ja Wenn ja, von _____ bis _____

Welchen? _____

Wie war dort das Verhalten Ihres Kindes? _____

Wie wurde seitens der Kindergärtnerinnen die Entwicklung eingeschätzt?

als normal als problematisch weil _____

2.8. Wie ist die Hörfähigkeit des Kindes? _____

Letzte Untersuchung am _____ durch _____

2.9. Wie ist die Sehfähigkeit des Kindes? _____

Letzte Untersuchung am _____ durch _____

2.10. Bestehen körperliche oder geistige Schwächen?

nein ja Wenn ja, welche? _____

2.11. Leidet das Kind unter Allergien?

nein ja Wenn ja, welche? _____

2.12. Ist das Kind

Rechtshänder

Linkshänder

beides

2.13. Wurde das Kind in der vorschulischen Kindheit psychologisch/neurologisch untersucht?

nein ja Wenn ja, durch wen? _____ wann _____

2.14. Von wem wurde das Kind bisher erzogen?

von der Mutter

vom Vater

Sonstige _____

2.15. Sind sich die Eltern hinsichtlich erzieherischer Maßnahmen

im allgemeinen einig?

häufig uneinig?

3. Schule, Hausaufgaben, bisherige Förderung

3.1. Das Kind wurde mit _____ Jahren eingeschult.

Bei verspäteter Einschulung/Zurückstellung bitte Grund angeben:

3.2. Wiederholte Klassen:

Grundschule: _____ Klasse

Weiterführende Schule: _____ Klasse

3.3. Schulische Leistungen/Noten im letzten Zeugnis:

Deutsch: _____ Englisch: _____ andere Sprachen: _____

Mathematik: _____ Physik: _____ Biologie: _____

HSK/PCB: : _____ Erdkunde: _____ Geschichte: _____

Schrift: _____ Sport: : _____ Musik: _____

Besteht die Gefahr, das Klassenziel nicht zu erreichen?

nein ja wenn ja, wegen welcher Fächer _____

3.4. Hat das Kind besondere schulische Neigungen?

3.5. Welche Fächer mag es nicht?

3.6. Geht das Kind im Allgemeinen gern zur Schule?

nein ja

3.7. Wie reagiert es auf schlechte Noten?

3.8. Wann sind Ihnen Schwächen im Lesen/Rechtschreiben/Rechnen (Zutreffendes bitte unterstreichen) erstmals aufgefallen?

3.9. Wie äußern sie sich?

3.10. Welche Erklärung geben die Lehrer/-innen für die Schwierigkeiten?

3.11. Wie gehen sie im Unterricht auf die Probleme ein?

3.12. Bietet die Schule zusätzliche Fördermaßnahmen an?

nein ja

Welche und in welchem Umfang? _____

3.13. Nimmt das Kind daran teil?

nein ja

3.14. Bekam/bekommt das Kind Nachhilfeunterricht?

nein ja

Wenn ja, von wem, seit wann und in welchen Fächern?

3.15. Haben sich die Schwierigkeiten in letzter Zeit eher verschärft oder eher abgenommen?

3.16. Tägliche Arbeitszeit zur Erledigung der Hausaufgaben beträgt ca. _____ Stunden.

3.17. Macht das Kind die Hausaufgaben selbständig?

nein ja

3.18. Gibt es Probleme bei der Erledigung der Hausaufgaben?

nein ja

Wenn ja, welche? _____

4. Persönlichkeit, Verhalten, Interessen

4.1. Wie schätzen Sie das Selbstvertrauen Ihres Kindes ein?

schwach

normal

groß

4.2. Wie schätzen Sie die Konzentrationsfähigkeit des Kindes ein?

a) bei Freizeitaktivitäten

b) bei schulischen Dingen

schwach

schwach

normal

normal

groß

groß

c) Wie schätzt der Lehrer/-in die Konzentrationsfähigkeit ein?

schwach

normal

groß

4.3. Bitte kreuzen Sie hier Verhaltensbesonderheiten an, die Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen sind.

| | | | |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nervosität | <input type="checkbox"/> | motorische Unruhe ("Zappelphilipp") | <input type="checkbox"/> |
| Lügen | <input type="checkbox"/> | Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | Bettnässen | <input type="checkbox"/> |
| Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> | Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> |
| Daumenlutschen | <input type="checkbox"/> | Nägelkauen | <input type="checkbox"/> |
| Unselbständigkeit | <input type="checkbox"/> | Trotz | <input type="checkbox"/> |
| Prahlerei | <input type="checkbox"/> | Eifersucht | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

4.4. Was schätzen Sie an Ihrem Kind besonders?

4.5. Was stört Sie besonders?

4.6. Sozialkontakte außerhalb der Schule

| | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Mit wem spielt das Kind am liebsten? | <input type="checkbox"/> |
| mit Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> |
| jüngeren Kindern | <input type="checkbox"/> |
| mit Erwachsenen | <input type="checkbox"/> |

Hat es Freunde?

nein ja wenn ja, wieviele? _____

Wie kommt es in Freizeitgruppen/beim Spielen mit anderen Kindern aus?

im Allgemeinen gut

Es gibt Probleme , weil _____

4.6. Integration in den Klassenverband

Bitte kreuzen Sie die Aussage(n) an, die für Ihr Kind zutreffen:

| | |
|---|--------------------------|
| Es kommt im Allgemeinen mit seinen Mitschülern gut aus. | <input type="checkbox"/> |
| Es wird von anderen gemieden. | <input type="checkbox"/> |
| Es wird von anderen verspottet. | <input type="checkbox"/> |
| Es wird von anderen geschlagen, gezwickt etc. | <input type="checkbox"/> |
| Es reagiert aggressiv gegen Mitschüler. | <input type="checkbox"/> |
| Es hat Angst vor Mitschülern. | <input type="checkbox"/> |