



## Erhebungsbogen

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Name des Vaters/Mutter/Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_ Name des Kindes

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ Klasse

\_\_\_\_\_ Straße

\_\_\_\_\_ PLZ

\_\_\_\_\_ Wohnort

\_\_\_\_\_ Telefon/Handy

\_\_\_\_\_ Emailadresse

\_\_\_\_\_ Schule (Ort)

\_\_\_\_\_ Klassenlehrer/-in

\_\_\_\_\_ Deutschlehrer/-in

\_\_\_\_\_ Mathematiklehrer/-in

Wer hat Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam gemacht?

Bitte wählen Sie:

- Ich wünsche die Diagnostik des schriftsprachlichen bzw. mathematischen Entwicklungsstandes, ein ausführliches persönliches Beratungsgespräch und einen auf dem individuellen Fehlerprofil basierenden Behandlungsvorschlag zu einem Unkostenbeitrag von € 120
- Ich wünsche die Diagnostik des schriftsprachlichen bzw. mathematischen Entwicklungsstandes, ein ausführliches persönliches Beratungsgespräch, einen auf dem individuellen Fehlerprofil basierenden Behandlungsvorschlag und einen schriftlichen Kurzbericht zu einem Unkostenbeitrag von € 180
- Ich wünsche die Diagnostik des schriftsprachlichen bzw. mathematischen Entwicklungsstandes, ein ausführliches persönliches Beratungsgespräch, einen auf dem individuellen Fehlerprofil basierenden Behandlungsvorschlag und zusätzlich einen ausführlichen schriftlichen Untersuchungsbericht zu einem Unkostenbeitrag von € 245

## 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"/>