

Elternfragebogen bei Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Klassenlehrkraft: _____

Sprechstunde: _____

Entwicklung des Kindes

Hat/ Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten/ Auffälligkeiten in der Entwicklung?

☐ nein ☐ ja, folgende:

ggf. regelmäßig eingenommene Medikamente:

Wann begann Ihr Kind zu sprechen?

☐ vor 12 Monaten ☐ mit 12 – 18 Monaten ☐ später, mit _____ Monaten

Welche Sprache sprechen Sie zu Hause überwiegend?

☐ deutsch ☐ folgende Sprache:

in Deutschland seit:

Hat/Hatte Ihr Kind in der Muttersprache eine Sprachauffälligkeit?

☐ undeutliche Aussprache ☐ stockendes, abgehacktes Sprechen

☐ Verwechslung von Lauten ☐ nein

☐ Sonstiges:

Hat/Hatte Ihr Kind mehrfach Mittelohrentzündungen?

☐ nein ☐ ja, Häufigkeit:

Welche der folgenden Aussagen treffen auf Ihr Kind zu?

☐ ist weitsichtig ☐ ist kurzsichtig

☐ hat eine Brille ☐ hat eine Brille, trägt sie aber nicht immer

☐ hört schlecht ☐ hat häufig Kopfschmerzen

☐ hat einen besonderen Sehfehler:

Waren Sie mit Ihrem Kind bereits bei/beim...? (ggf. bitte Befunde beilegen)

Augenarzt/einer Sehschule?	Name	
Ohrenarzt/Pädaudiologen?	Name	
Logopäden?	Name	
Ergotherapeuten?	Name	
Kinder- und Jugendpsychiater/- psychotherapeuten	Name	
der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern?	Name	

Wie beurteilen Sie die Feinmotorik Ihres Kindes?		
verkrampft beim Schreiben		hat ein ungleichmäßiges Schriftbild
hat Schwierigkeiten, die Zeilenlinie einzuhalten		hat ein sehr langsames Schreibtempo
hat besonders starken Schreibdruck (deutliche Spuren der Schrift auf der Rückseite oder den folgenden Seiten)		
hat Schwierigkeiten, eine einheitliche Schreibrichtung beizubehalten		
sonstige Auffälligkeiten:		

Welche Hand bevorzugt Ihr Kind?		
bei Alltagstätigkeiten	links	rechts
beim Schreiben und Malen	links	rechts
beim Schneiden	links	rechts
mein Kind ist umerzogener Linkshänder	ja	nein

Besuchte Ihr Kind den Kindergarten?		
ja, _____ Jahre		nein
Hat Ihr Kind Geschwister?		
Ja, Name/Alter:		nein

Schule		
Hat Ihr Kind Probleme beim Lesen?		
nein	ja, seit:	
Schwierigkeiten beim Zusammenlesen	versucht, Wörter zu erraten	
Schwierigkeiten im Sinnverständnis	sehr hoher Übungsbedarf	
Hat Ihr Kind Probleme beim Rechtschreiben?		
nein	ja, seit:	
Probleme beim Abschreiben	sehr hoher Übungsbedarf	
Schwierigkeiten beim Einprägen und Anwenden von Rechtschreibregeln		
Geht Ihr Kind gerne zur Schule?		
ja	nein	Kommt darauf an (Grund):
Wie verhält sich Ihr Kind vor Klassenarbeiten?		
unauffällig und selbstsicher	schläft am Abend vorher schlecht ein	
hat am Morgen keinen Appetit	klagt über Bauch- oder Kopfschmerzen	
verschweigt öfter Klassenarbeiten	spielt „krank“, um die Klassenarbeit zu vermeiden	
bereitet sich zu viel vor	hat Angst davor, zu versagen	

Gab/gibt es Besonderheiten in der bisherigen Schullaufbahn?		
Zurückstellung von der Einschulung	nein	ja
Frühförderung im Kindergarten	nein	ja
Besuch der Diagnose- und Förderklasse	nein	ja
Klassenwiederholung	nein	ja, Klasse
falls ja:	freiwillig	nicht versetzt
Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf	nein	ja
Sonstige (z.B. besondere Fördermaßnahmen)	nein	Ja
falls ja, welche:		

Hausaufgaben			
Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für die schriftlichen Hausaufgaben?			
☐ weniger als 1 Stunde	☐ 1 Stunde	☐ 2 Stunden	☐ mehr als 2 Stunden
Falls Ihr Kind Ihrer Meinung nach deutlich zu lange mit den Hausaufgaben braucht: Was glauben Sie, woran das liegt? (z.B. Trödeln, versteht die in der Schule erarbeiteten Inhalte nicht, muss zum Weitermachen ermahnt werden, ...)			
Erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig?			
☐ ja	☐ teilweise	☐ nein, wird betreut durch:	
Neigt Ihr Kind dazu, an Aufgabenstellungen oberflächlich und schnell heranzugehen?			
☐ eher ja	☐ teilweise	☐ eher nein	
Benötigt Ihr Kind beim Verstehen von Aufgabenstellungen Hilfe?			
☐ nein	☐ teilweise	☐ ständig	
Wie oft pro Woche kommt es wegen der Hausaufgaben zu Spannungen?			
☐ gar nicht	☐ 1 mal	☐ 2-3 mal	☐ mehr als 3 mal pro Woche
Kontrollieren Sie die Hausaufgaben nach der Erledigung?			
☐ ja, auf Fehler	☐ ja, aber nur auf Vollständigkeit	☐ nein	
Bekommt Ihr Kind zusätzliche Hilfen zur Bewältigung der schulischen Anforderungen? (z.B. Übungshefte, Lernprogramme, Nachhilfe, ...)			
☐ nein	☐ verweigert	☐ ja, folgende:	
Falls ja: Wie viel übt Ihr Kind mit diesen zusätzlichen Hilfen?			
☐ täglich ca. min	☐ mal pro Woche ca. min		
Wie viel Zeit bleibt Ihrem Kind nach den Hausaufgaben und ggf. zusätzlichen Hilfen täglich zur freien Verfügung?			
☐ 1 Stunde	☐ 1- 2 Stunden	☐ mehr als 2 Stunden	
Welche Interessen/Freizeitaktivitäten/Hobbys hat Ihr Kind? Wie viel Zeit verbringt es damit pro Woche?			
			Zeit

Anmerkungen
Welche weiteren Informationen könnten für die Beurteilung der Situation Ihres Kindes wichtig sein?

_____, den _____
Ort Datum



Unterschrift

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von
 Mutter Vater
 sonstiger sorgeberechtigter Person:

beiden Elternteilen