

Elternfragebogen

Legasthenie/ Dyskalkulie

Datum: _____

Telefon:
tagsüber erreichbar unter (priv., berufl. oder mobil)

email: _____

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 zu Kind und Eltern					
Name, Vorname des Kindes			Geburtsdatum		
InhaberIn 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			
Schulabschluss		Schulabschluss			
Erlerner Beruf		Erlerner Beruf			
derzeitige Tätigkeit		derzeitige Tätigkeit			
Arbeitszeiten		Arbeitszeiten			
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

Herkunftsland Mutter _____ Herkunftsland Vater _____

Seit wann lebt die Mutter in Deutschland? _____

Seit wann lebt der Vater in Deutschland? _____

Wird in der Familie deutsch gesprochen?

gar nicht eher wenig kaum überwiegend

Entwicklung Ihres Kindes

Erkrankung während der Schwangerschaft _____

belastende Bedingungen _____

Geburt

Geburtsgewicht unter 2500 g _____ in der _____ Schwangerschaftswoche

normal

anderes: _____

wurde gestillt, wie lange _____

wurde nicht gestillt

Verhalten Ihres Kindes im ersten Lebensjahr

unauffällig

auffällig, weil _____

Motorische Entwicklung Ihres Kindes

unauffällig

verzögerte Entwicklung _____

Sprachliche Entwicklung

unauffällig

verzögerte Entwicklung _____

Chronische Erkrankungen

keine

folgende: _____

Derzeitige Krankheitssymptome/ Auffälligkeiten bei Ihrem Kind

keine

Schmerzen _____

Übelkeit, Erbrechen, Durchfall

motorische Unruhe

Antriebsarmut

Schlafstörungen

gestörtes Essverhalten _____

Einnässen

Einkoten

Tics _____

Wie häufig ist Ihr Kind im Jahr krank? _____

Benötigt Ihr Kind regelmäßige Medikamenteneinnahme?

nein ja, welche _____

Bisherige Behandlungsmaßnahmen/ Therapien (z.B. Sprachtherapie, Ergotherapie, Psychotherapie)

Maßnahme _____ von/bis _____ bei _____

Maßnahme _____ von/bis _____ bei _____

Maßnahme _____ von/bis _____ bei _____

Besondere Ereignisse

keine

Tod eines nahes Verwandten _____ Alter Ihres Kindes _____

Trennung der Eltern _____ Alter Ihres Kindes _____

Aufenthalt Ihres Kindes im Heim/ in einer Pflegefamilie

Krankenhausaufenthalte Ihres Kindes _____

Wohnortwechsel _____

anderes _____

Kindergarten

keinen

Regelkindergarten

Sprachheilkindergarten/ Heilpädagogischer Kindergarten

Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

im Allgemeinen ja

nein, weil _____

Wie verhielt sich Ihr Kind im Kindergarten?

unauffällig

auffällig, weil _____

Schule

altersgemäße Einschulung

Rückstellung/ Vorschulkindergarten

Sprachheilklasse

Förderbeschulung, welche _____

wird integrativ beschult

Wiederholung einer Klasse? welche _____

zur Zeit Ganztagschule

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

im Allgemeinen ja

häufig nicht gerne, weil _____

Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule?

ja

fehlt oft, weil _____

kommt häufig zu spät

schwänzt die Schule

Mag Ihr Kind seine Klassenlehrerin/ seinen Klassenlehrer?

ja

nein, weil _____

Fühlt es sich im Klassenverband wohl?

ja

nein, weil _____

Hat Ihr Kind Freunde/ Freundinnen in seiner Klasse?

ja

nein, weil _____

Ist das Verhältnis zu einigen Mitschülern gestört?

nein

ja, weil _____

Welche Sorgen macht sich Ihr Kind bezüglich der Schule?

keine

folgende: _____

Welche Sorgen machen Sie sich über die schulische Entwicklung Ihres Kindes?

keine

folgende: _____

Wie reagiert Ihr Kind auf schlechte Schulleistungen? _____

Wie reagieren Sie auf schlechte Schulleistungen Ihres Kindes? _____

Bekommt Ihr Kind Nachhilfe?

nein

ja, durch _____

Erhält Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule?

nein

ja, folgenden: _____

weiß ich nicht

Entstehen durch die Bearbeitung der Hausaufgaben Ihres Kindes häusliche Konflikte?

nein

ja, bitte beschreiben _____

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

nein ja

Wie verhält sich ihr Kind vor Klassenarbeiten?

nicht anders als sonst

anders, bitte beschreiben _____

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

nein

ja, bitte beschreiben _____

Führen schulische Schwierigkeiten Ihres Kindes zu familiären Konflikten?

nein

ja, bitte beschreiben _____

Verhalten Ihres Kindes in Ihrer Familie und in seiner Freizeit

Beobachten Sie bei Ihrem Kind in der Familie Verhaltensauffälligkeiten?

nein

ja, folgende: _____

Falls ja, entstehen dadurch wiederkehrende Konflikte zwischen Ihnen und Ihrem Kind?

nein

ja, folgende: _____

Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

altersgemäß

auffällig, weil _____

Welchen Aktivitäten geht Ihr Kind in seiner Freizeit nach?

Welche Medien nutzt Ihr Kind regelmäßig? (z.B. Internet, Spielekonsolen, Fernsehen, DVDs), Wie oft durchschnittlich (Std./ Woche)?

Hat Ihr Kind Freunde?

nein, weil _____

ja, ca. wie viele _____

schnell wechselnde Freundschaften

Pflegt Ihr Kind die Freundschaften regelmäßig?

regelmäßige persönliche Kontakte (in der Freizeit), wie häufig _____

regelmäßige Telefonate/ SMS, wie häufig _____

Kontakte im Internet (Facebook, SchülerVZ, andere Foren, EMail), wie häufig _____

sonstiges, _____

Besucht Ihr Kind regelmäßig eine Kinder- oder Jugendgruppe/ ist es Mitglied im Verein?

nein

ja, nimmt teil bei _____

Beobachten Sie bei Ihrem Kind im Umgang mit anderen Kindern bestimmte Verhaltensauffälligkeiten?

nein ja, welche _____

Welche Stimmung ist bei Ihrem Kind überwiegend vorherrschend?

ausgeglichen

unbeherrscht/ nervös

freundlich

launisch/ schnell wechselhafte Stimmung

aktiv

antriebsarm

anpassungsfähig

leicht reizbar

kontaktfreudig

verschlossen/scheu

lebensfroh

unsicher/ängstlich

selbstsicher

schüchtern

zufrieden

traurig/ bedrückt

Vorangegangene Untersuchungen/ weitere Hilfen

Haben Sie Ihr Kind wegen Schulleistungsschwächen oder anderen Sorgen bezüglich der Entwicklung Ihres Kindes bereits untersuchen lassen?

nein

ja, bei _____

Falls ja, welche Ergebnisse wurden Ihnen mitgeteilt? (wenn möglich, bitte Unterlagen anfügen)

Welche Behandlungsvorschläge wurden gemacht und ggf. bereits durchgeführt?

Erhalten Sie bereits Hilfen durch die Jugendhilfe?

nein

ja, bitte beschreiben _____

Anmerkungen: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von Mutter Vater sonstigem: _____

Unterschrift/en