



## Elternfragebogen

Die folgenden Angaben können für die Beratung hilfreich sein, um mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Bei den meisten Fragen brauchen Sie jeweils nur „Ja“ oder „Nein“ ankreuzen, bei den anderen Fragen schreiben Sie Ihre Antwort bitte auf die vorgesehenen Linien.

### I. Angaben zum Kind

Name der Schülerin/des Schülers: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Zweig: \_\_\_\_\_ Klassenleitung: \_\_\_\_\_

Schildern Sie bitte kurz das augenblickliche Problem.		
Wo und wann wurde Ihr Kind deswegen schon einmal vorgestellt? (z.B. Beratungslehrkraft, Erziehungsberatung, Arzt, Psychologe ...)		
Wurden bisher Fördermaßnahmen in Anspruch genommen? Wenn ja, welche und wie lange?	Ja o	Nein o
Geben Sie bitte eine kurze Beschreibung Ihres Kindes: Was gefällt Ihnen an ihm besonders?		
Was mögen Sie an ihm nicht so richtig?		

## II. Zur Entwicklung des Kindes

Traten bei der Geburt Ihres Kindes Komplikationen auf? Wenn ja, welche?	Ja o	Nein o
Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten? Wenn ja, welche?	Ja o	Nein o
Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Augenarzt? Wenn ja, warum?	Ja o	Nein o
Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Ohrenarzt? Wenn ja, warum?	Ja o	Nein o
Hatte Ihr Kind eine Sprachauffälligkeit? (z.B. Lispeln, Stottern, undeutliche Aussprache...) Wenn ja, welche?	Ja o	Nein o
Hat Ihr Kind andere schwere Erkrankungen durchgemacht? Wenn ja, welche und wann?	Ja o	Nein o
Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand Ihres Kindes?		
Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?	Ja o	Nein o
Gab es in der motorischen Entwicklung irgendwelche Auffälligkeiten? (sitzen, krabbeln, laufen ...) Wenn ja, welche?	Ja o	Nein o
Malt oder schreibt Ihr Kind gerne?	Ja o	Nein o
Wann begann Ihr Kind zu sprechen?	Ja o	Nein o
Konnte Ihr Kind alle Laute richtig sprechen, als es in die Schule kam? Wenn nein, bei welchen Lauten hatte es Schwierigkeiten?	Ja o	Nein o
Spricht Ihr Kind deutlich?	Ja o	Nein o
Spricht Ihr Kind stockend und abgehackt?	Ja o	Nein o
Verwechselt Ihr Kind beim Sprechen ähnliche Laute? Wenn ja, welche?	Ja o	Nein o
Verwendet Ihr Kind den richtigen Satzbau?	Ja o	Nein o
Kann Ihr Kind Geschichten oder Erlebnisse in der richtigen Reihenfolge erzählen?	Ja o	Nein o
Kann sich Ihr Kind Geschichten über einen längeren Zeitraum merken?	Ja o	Nein o
Hat Ihr Kind Sinn für Melodie und Rhythmus?	Ja o	Nein o

### III. Bisherige Schullaufbahn

Besuchte Ihr Kind den Kindergarten? Wenn ja, wie lange?	Ja o	Nein o
Haben Erzieherinnen Auffälligkeiten bei Ihrem Kind festgestellt? Wenn ja, welche?	Ja o	Nein o
Gab es Besonderheiten bei der Einschulung? Wenn ja, welche?	Ja o	Nein o
Gab es in der Grundschulzeit Auffälligkeiten? Wenn ja, wann und welche?	Ja o	Nein o
Hatte Ihr Kind in der Grundschule eher Schwierigkeiten beim Lesen?	Ja o	Nein o
Hatte ihr Kind in der Grundschule eher Schwierigkeiten beim Rechtschreiben?	Ja o	Nein o
Besteht ein Unterschied hinsichtlich der Fehlerzahl zw. Nachschriften und Diktaten? o mehr in Diktaten                                    o mehr in Nachschriften	Ja o	Nein o
Welche Noten hatte Ihr Kind im Übertrittszeugnis? Deutsch: ____ Mathematik: ____ HSU (bzw. Englisch nach der 5.): ____ Schnitt: _____	Ja o	Nein o
Weist die bisherige Schullaufbahn Ihres Kindes Besonderheiten auf? (z.B. Wiederholen, freiwilliger Rücktritt, Schulschwierigkeiten) Wenn ja, welche und wann?	Ja o	Nein o
Ist Ihr Kind allgemein selbstständig?	Ja o	Nein o
Erledigt Ihr Kind seine Hausaufgaben selbstständig?	Ja o	Nein o
Wie geht Ihr Kind mit Misserfolgen um?	Ja o	Nein o
Geht Ihr Kind gern zur Schule?	Ja o	Nein o
Welche Lieblingsfächer hat Ihr Kind?	Ja o	Nein o
Welche besonderen Interessen, Fähigkeiten und Hobbys hat Ihr Kind?	Ja o	Nein o
Welche Tätigkeiten führt Ihr Kind besonders konzentriert aus?		
Wie gestaltet Ihr Kind seine Freizeit?		
Wie viele Freunde hat Ihr Kind in etwa?		
Wie lange nutzt ihr Kind täglich neue Medien (z.B. TV, Smartphone, Computer)?		
Liest Ihr Kind gern?	Ja o	Nein o
Wie liest Ihr Kind, wenn es vorliest? o stockend    o flüssig		
Lernt Ihr Kind leicht auswendig?	Ja o	Nein o

#### IV. Familiäre Situation

Hat Ihr Kind Geschwister? Wenn ja, wie alt sind sie und auf welche Schule gehen sie?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Welchen Schulabschluss haben Sie als Eltern? Vater: Mutter:		
Welchen Beruf üben Sie aus? Vater: Mutter:		
Gibt es in Ihrer Familie oder Verwandtschaft jemanden, der Probleme beim Rechtschreiben und/oder Lesen hat?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Gibt es in Ihrer Familie irgendwelche Besonderheiten oder Probleme bzw. Spannungen? Wenn ja, welche? Wann traten sie auf?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>