

# 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

Schule: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Klassenlehrer\_in: \_\_\_\_\_

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