

Elternfragebogen

Ausgefüllt von: Mutter Vater Datum _____

Gab es einen Kindergartenbesuch: Ja Nein

Geburtsdatum Ihres Kindes: _____

Schule Ihres Kindes: _____ Klasse (z. B. 1b) des Kindes:



<p>1. Welche Händigkeit hat Ihr Kind?</p>	<p>Rechtshändig <input type="radio"/> Linkshändig <input type="radio"/> Beidhändig <input type="radio"/></p>
<p>2. Hatte/Hat Ihr Kind Hörprobleme? Wenn Ja: Zu welchem Zeitpunkt? Wurde das Problem behoben? Wenn Ja: Wie wurde das Problem behoben?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Zeitpunkt: _____ Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Behebung: _____</p>
<p>3. Hatte/Hat Ihr Kind Sehprobleme? Wenn Ja: Zu welchem Zeitpunkt? Wurde das Problem behoben? Wenn Ja: Wie wurde das Problem behoben?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Zeitpunkt: _____ Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Behebung: _____</p>
<p>4. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme beim Sprechen oder in der Sprachentwicklung?</p>	<p>Ja <input type="radio"/>* Nein <input type="radio"/></p>
<p>5. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme in der Motorik (Bewegung/Koordination/Feinmotorik)?</p>	<p>Ja <input type="radio"/>* Nein <input type="radio"/></p>
<p>6. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme in der Aufmerksamkeit/Konzentration?</p>	<p>Ja <input type="radio"/>* Nein <input type="radio"/></p>
<p>7. Wächst Ihr Kind einsprachig auf? Wenn Nein: Welche andere(n) Sprache(n) spricht Ihr Kind zu Hause? Wenn Nein: Liest Ihr Kind in einer anderen Sprache zu Hause?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sprache(n): _____ _____ Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sprache(n): _____ _____</p>
<p>8. Ist Ihr Kind von Anfang an deutsch beschult worden? Wenn Nein: In welcher Sprache fand die Beschulung statt? Wenn Nein: Seit wann wird Ihr Kind deutsch beschult?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sprache: _____ Klasse/Halbjahr: _____</p>
<p>9. Hat Ihr Kind jemals mehr als 1 Monat am Stück in der Schule gefehlt? Wenn Ja: Aus welchem Grund?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Grund: _____</p>
<p>10. Hatte Ihr Kind seit der Einschulung einen/mehrere Schulwechsel? Wenn Ja: Wie viele Schulwechsel?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wie viele? _____</p>

Zu 6. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme in der **Aufmerksamkeit/Konzentration**?

a) Um welche Probleme handelt es sich?

- Aufmerksamkeit Beschreibung: _____
- Hyperaktivität Beschreibung: _____
- Impulsivität Beschreibung: _____

b) Bestehen diese Probleme aktuell?

Ja Nein

c) Wurde AD(H)S diagnostiziert?

Ja Nein

Wenn Ja: Von wem? _____

d) Wurde/Wird Ihr Kind behandelt?

- Medikamentös
- Psychotherapeutisch

Wenn Ja: Wie lange/Seit wann? _____

Zu 11./12. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme im **Lesen und/oder Rechtschreiben**?

a) Um welche Probleme handelt es sich?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Leseprobleme | <input type="radio"/> Rechtschreibprobleme |
| <input type="radio"/> Viele Lesefehler | <input type="radio"/> Viele Rechtschreibfehler |
| <input type="radio"/> Langsames Lesen | <input type="radio"/> Schwierigkeiten bei Aufsätzen |
| <input type="radio"/> Probleme im Textverstehen | <input type="radio"/> Fehler beim Abschreiben |
| <input type="radio"/> _____ | <input type="radio"/> _____ |

Zeigten sich die Lese-/Rechtschreibprobleme bereits zu Beginn der Beschulung?

Ja Nein

Wenn Nein: Seit wann bestehen die Probleme? _____

b) Wurde eine Lese- und/oder Rechtschreibstörung diagnostiziert?

Ja Nein

Wenn Ja: Von wem? _____

Wann? _____

c) Erhält Ihr Kind eine schulische oder außerschulische Lese-/Rechtschreibförderung?

Ja Nein

Wenn Ja: Welche Förderung? _____

Seit wann? _____

Wie oft pro Woche? _____

