

## Elternfragebogen

**Ausgefüllt von:** Mutter  Vater  **Datum** \_\_\_\_\_

Gab es einen Kindergartenbesuch: Ja  Nein

Geburtsdatum Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

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

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

<b>11. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme im Lesen?</b>	Ja <input type="radio"/> *	Nein <input type="radio"/>
<b>12. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme im Rechtschreiben?</b>	Ja <input type="radio"/> *	Nein <input type="radio"/>
<b>13. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme im Rechnen?</b>	Ja <input type="radio"/> *	Nein <input type="radio"/>
<b>14. Hatte/Hat ein Angehöriger 1. Grades (Eltern/Geschwister Ihres Kindes) Probleme im Lesen oder Rechtschreiben?</b>	Ja <input type="radio"/> *	Nein <input type="radio"/>
<b>15. Hatte/Hat ein Angehöriger 1. Grades (Eltern/Geschwister Ihres Kindes) Probleme im Rechnen?</b>	Ja <input type="radio"/> *	Nein <input type="radio"/>
<b>16. Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente?</b> Wenn Ja: Welche?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
	Welche? _____	

Sollte Sie die mit \* markierten Fragen mit **Ja** beantwortet haben, bitten wir Sie die folgenden weiterführenden Fragen auszufüllen.

**Zu 4.** Hatte/Hat Ihr Kind Probleme beim **Sprechen** oder in der **Sprachentwicklung**?

a) Welche Probleme hatte/hat Ihr Kind?

- Artikulationsstörung (lispeln, s-Fehler, bestimmte Laute etc.)  
 Sprachentwicklungsstörung (Grammatik, Wortschatz, Sprachverständnis)  
 Stottern  
 \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

b) Bestehen diese Probleme aktuell? Ja  Nein

c) Wurde eine Störung des Sprechens oder der Sprache diagnostiziert? Ja  Nein

Wenn Ja: Von wem? \_\_\_\_\_

d) War/Ist Ihr Kind in logopädischer/sprachtherapeutischer Behandlung? Ja  Nein

Wenn Ja: Wie lange/Seit wann? \_\_\_\_\_

**Zu 5.** Hatte/Hat Ihr Kind Probleme in der **Motorik**?

a) Um welche Probleme handelt es sich (Bewegung, Koordination, Hand-bzw. Feinmotorik)?

Beschreibung: \_\_\_\_\_

b) Bestehen diese Probleme aktuell? Ja  Nein

c) Wurde eine Entwicklungsstörung motorischer Funktionen diagnostiziert? Ja  Nein

Wenn Ja: Von wem? \_\_\_\_\_

d) Wurde/Wird Ihr Kind behandelt? Ja  Nein

- Physiotherapie  
 Ergotherapie

Wenn Ja: Wie lange?/Seit wann? \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

**Zu 13. Hatte/Hat Ihr Kind Probleme im Rechnen?**

a) Um welche Probleme handelt es sich?

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Zählen           | <input type="radio"/> 10er Übergang          | <input type="radio"/> Sachaufgaben |
| <input type="radio"/> Mengen erfassen  | <input type="radio"/> Platz-Wert-System      | <input type="radio"/> _____        |
| <input type="radio"/> Grundrechenarten | <input type="radio"/> Schriftl. Berechnungen | <input type="radio"/> _____        |

Beschreibung: \_\_\_\_\_

b) Zeigten sich die Rechenprobleme bereits zu Beginn der Beschulung? Ja  Nein Wenn **Nein**: Seit wann bestehen die Probleme? \_\_\_\_\_c) Wurde eine Rechenstörung diagnostiziert? Ja  Nein Wenn **Ja**: Von wem? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

d) Erhält Ihr Kind eine schulische/außerschulische Rechenförderung? Ja  Nein Wenn **Ja**: Welche Förderung? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

**Zu 14. Hatte/Hat ein Angehöriger 1. Grades Probleme im Lesen oder Rechtschreiben?**Wenn **Ja**: Wer? \_\_\_\_\_

Um welche Probleme handelt es sich?

- Leseprobleme  
Beschreibung: \_\_\_\_\_
- Rechtschreibprobleme  
Beschreibung: \_\_\_\_\_

Wurde eine LRS diagnostiziert? Ja  Nein **Zu 15. Hatte/Hat ein Angehöriger 1. Grades Probleme im Rechnen?**Ja  Nein a) Wenn **Ja**: Wer? \_\_\_\_\_

b) Um welche Probleme handelt es sich (basale Rechenfertigkeiten)?

Beschreibung: \_\_\_\_\_

c) Wurde eine Rechenstörung diagnostiziert? Ja  Nein 

Anmerkungen:

---



---



---



---