

**Elternfragebogen für
Lese-Rechtschreib-Störung**

Schulberatung
Schulstr.6 – 85119 Ernsgaden
Tel: 08452 / 20 17 – Fax: 08452 / 20 18
buero@schulberatung-pfaffenhofen.eu

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Anschrift _____
 Telefon _____ Mobil _____
 Schule _____ Klasse _____ Klassenlehrer/in _____
 Erziehungsberechtigte _____
 Geschwister mit Geburtsjahr _____

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes auf den beiden Seiten an oder ergänzen Sie.

I. Zur Entwicklung des Kindes	Ja	Nein
1. Traten bei der Geburt Ihres Kindes Komplikationen auf? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten oder Entwicklungsstörungen? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Augenarzt? Wenn ja, mit welchem Befund? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat Ihr Kind eine Brille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Ohrenarzt ? Wenn ja, warum und mit welchem Befund? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hört Ihr Kind gut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatte Ihr Kind eine Sprachauffälligkeit (Stottern, Lispeln, undeutliche Aussprache...)? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? _____ _____		
9. Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand Ihres Kindes? _____ _____		

10. Wie verlief die motorische Entwicklung Ihres Kindes (robben, krabbeln, laufen...)? _____

11. Malt, schneidet oder schreibt Ihr Kind gern?

12. Welche Hand benutzte Ihr Kind vor der Einschulung vorwiegend?
rechts links

13. Mit welcher Hand schreibt Ihr Kind jetzt? rechts links

14. Werden andere Tätigkeiten mit einer anderen Hand ausgeführt?
z. B. _____

15. Kann Ihr Kind auf der Zeile schreiben?

16. Kann sich Ihr Kind auf einem Blatt orientieren?

II. Lebensumstände **Ja** **Nein**

1. Hat Ihr Kind Freunde?

2. Welche besonderen Interessen hat Ihr Kind? _____

3. Welche Tätigkeit führt es sehr konzentriert aus? _____

4. Wie gestaltet Ihr Kind die Freizeit? _____

5. Ist Ihr Kind zurzeit in Behandlung / Therapie?
Wenn ja, bei wem? _____

III. Schulzeit/ Lern- und Arbeitsverhalten **Ja** **Nein**

1. Hatte Ihr Kind in der 1./2. Klasse Schwierigkeiten beim Lesen?

2. Wie liest Ihr Kind, wenn es vorliest? stockend flüssig

3. Hatte Ihr Kind in der 1./2. Klasse Schwierigkeiten bei der Rechtschreibung?

4. Hat während der Grundschulzeit der Klassenlehrer gewechselt?

5. Geht Ihr Kind gerne zur Schule?

6. Wie beschreiben Sie die Hausaufgabensituation Ihres Kindes (Dauer, Kontrolle, Selbstständigkeit...) _____

7. Wie sehen bisherige Übungssituationen aus? (Häufigkeit, Dauer, Inhalt, Wer übt? ...)

8. Wie schätzen Sie die Ausdauer und Konzentration Ihres Kindes ein?

IV. Sprachlicher Bereich	Ja	Nein
1. Konnte Ihr Kind zu Schulbeginn alle Laute sprechen? Wenn nein, welche nicht? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spricht Ihr Kind deutlich ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Spricht Ihr Kind stockend und abgehackt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verwechselt Ihr Kind ähnliche Laute ? Wenn ja, welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verwendet Ihr Kind den richtigen Satzbau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kann es Geschichten, Erlebnisse in der richtigen Reihenfolge erzählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kann sich Ihr Kind Reime/Gedichte und Geschichten über einen längeren Zeitraum merken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hat Ihr Kind Sinn für Melodie und Rhythmus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir beantragen für unser Kind _____ eine Untersuchung des Lesens und Rechtschreibens.

Das erfordert die Feststellung

- der Begabung und der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten
- des Arbeitsverhaltens und der Konzentrationsfähigkeit
- sowie der persönlichen Einstellungen

Diese Feststellungen werden ermöglicht durch

- Gespräche mit dem Kind, den Eltern und den Lehrkräften
- Testverfahren und Fragebögen
- Einblick in Schülerakten, Zeugnisse, Hefte und Probearbeiten
- Informationsaustausch innerhalb der Schulberatung

Die Schulleitung erhält nach Ihrem Antrag auf Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz eine schulpsychologische Stellungnahme und ggf. Vorschläge für geeignete Fördermaßnahmen und passende Formen eines Nachteilsausgleichs und/oder des Notenschutzes.

Mit der Aufhebung der Schweigepflicht zu diesem Zweck sind wir einverstanden.

Mit der oben angeführten Vorgehensweise erklären wir uns einverstanden.

An den erforderlichen Beratungsgesprächen nehmen wir teil.

_____, den _____, _____
Ort Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten