

# Elternfragebogen

zur Erfassung von Vorinformationen bei einer Lese- und/oder Rechtschreibstörung

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Name der Erziehungsberechtigten:	
Straße:	Gemeinsames Sorgerecht: Ja / Nein
PLZ und Ort:	
Telefon privat:	Telefon (mobil):
Telefon (geschäftl.)	E-Mail:
Weitere Kontaktmöglichkeiten:	
Schule (Klasse):	
Klassenleitung:	
Deutschlehrkraft:	Englischlehrkraft:
Bisher besuchte Schulen und Klassenstufen:	

1. Beobachten Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten  
 im Lesen?  im Rechtschreiben? Seit wann? \_\_\_\_\_
2. Wurde die Lese- und/oder Rechtschreibleistung durch eine Testung überprüft?  
 Ja  Nein  
Wann? \_\_\_\_\_ Von wem? \_\_\_\_\_
3. Wurde ein Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz bisher schon einmal gewährt?  
 Ja  Nein  
In welchen Jahrgangsstufen bzw. in welchen Schuljahren?  
\_\_\_\_\_
4. Gibt es noch weitere Familienmitglieder, die Probleme beim Lesen/ in der Rechtschreibung haben oder hatten (auch ohne eine Diagnose)?  
\_\_\_\_\_
5. Hat Ihr Kind schon einmal an einer Legasthenietherapie oder einem Lese-/ Rechtschreibförderkurs teilgenommen?  
 Ja  Nein  
Wann? \_\_\_\_\_ Bei wem? \_\_\_\_\_

6. Gab es Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung (Grobmotorik, Feinmotorik, Gleichgewichtssinn) Ihres Kindes?

Ja             Nein

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Hat Ihr Kind schon einmal an einer Ergotherapie oder einer logopädischen Therapie teilgenommen?

Ja             Nein

Warum? \_\_\_\_\_

Bei wem? \_\_\_\_\_

Wann und wie lange? \_\_\_\_\_

8. Zeigt Ihr Kind momentan Auffälligkeiten im Verhalten (z. B. Ängste, Schulunlust, Konzentrationsschwierigkeiten, ...) oder leidet es zurzeit an einer körperlichen oder psychischen Erkrankung (z. B. Seh- oder Hörprobleme, ADHS, ADS)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Gibt es Besonderheiten aus der Grundschulzeit Ihres Kindes (Erkrankung, häufiger Lehrerwechsel)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Gibt es weitere wichtige Besonderheiten, die ich als Schulpsychologin über Ihr Kind wissen sollte?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit entbinde/n ich/wir als gesetzliche/r Vertreter des oben genannten Kindes

die Schulpsychologin Frau Kathrin Steinberger

die Lehrkräfte des oben genannten Kindes zur Rücksprache bzgl. Schwierigkeiten und individueller Förderung

die behandelnden Ärzte und deren Mitarbeiter des oben genannten Kindes/  
Jugendlichen

\_\_\_\_\_

jeweils wechselseitig von der Schweigepflicht. (Falls nicht gewünscht, bitte durchstreichen.)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigte/ n