

Elternfragebogen bei Schulleistungsproblemen

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Klassenlehrkraft: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Muttersprache: _____

Seit wann in Deutschland: _____

I. Zur Entwicklung des Kindes

Hat/ Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten?

ja: _____

nein

Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung?

ja: _____

nein

Hat/ Hatte Ihr Kind in der Muttersprache eine Sprachauffälligkeit (z. B. Stottern, Lispeln, undeutliche Aussprache, ...)

ja: _____

nein

Hat/ Hatte Ihr Kind mehrfach Mittelohrentzündungen?

ja: _____

nein

Weist Ihr Kind eine der folgenden Auffälligkeiten auf:

Weitsichtigkeit

Kurzsichtigkeit

hat Brille

trägt Brille aber nicht immer

Schwerhörigkeit

häufig starke Kopfschmerzen oder Migräneanfälle

besonderer Sehfehler: _____

Ich war mit meinem Kind bereits

beim Augenarzt (Befund: _____)

bei der Sehschule (Befund: _____)

beim Ohrenarzt (Befund: _____)

beim Pädaudiologen (Befund: _____)

beim Logopäden (Befund: _____)

beim Ergotherapeuten (Befund: _____)

beim Psychotherapeuten (Befund: _____)

beim Kinder- und Jugendpsychiater (Befund: _____)

Wie beurteilen Sie die Feinmotorik Ihres Kindes? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- verkrampft beim Schreiben
 - hat besonders starken Schreibdruck (deutliche Spuren der Schrift auf Rückseite oder den folgenden Seiten)
 - hat Schwierigkeiten, eine einheitliche Schreibrichtung zu halten
 - hat Schwierigkeiten, die Zeilenlinie einzuhalten
 - hat Schwierigkeiten, auf der linken Seite des Blattes einen einheitlichen Rand einzuhalten
 - hat eine sehr kleine/ sehr große Schrift
 - verschmiert Geschriebenes
 - hat ein sehr langsames Schreibtempo
 - sonstige Auffälligkeiten _____
-

Ist Ihr Kind

- eindeutig Linkshänder
- eindeutig Rechtshänder
- Beidhänder
- umerzogener Linkshänder

Wie beurteilen Sie die Wahrnehmung und die räumliche Orientierung Ihres Kindes?

- verwechselt häufig links und rechts
- verwechselt öfters oben und unten oder hinten und vorne
- hat Schwierigkeiten sich räumlich zu orientieren (z.B. in Gegenden, die wenig bekannt sind)
- verdreht Buchstaben und Zahlen über die 1. Klasse hinaus spiegelbildlich (z.B. b/p/d Verwechslung)
- empfindet laute Geräusche als unangenehm
- sonstige Auffälligkeiten: _____

Wie beurteilen Sie die Gedächtnisleistung Ihres Kindes?

- hat Schwierigkeiten im Alltag, sich Dinge zu merken
- braucht nach Ihrem Eindruck nach sehr lange, um sich Lernstoff im Gedächtnis einzuprägen
- kann sich Dinge, die es nur hört, auffällig gut merken
- kann gut lernen, wenn es sich dabei bewegt

II. Lebensumstände

Welche Sprache sprechen Sie zuhause überwiegend? _____

Besuchte Ihr Kind den Kindergarten?

- ja, _____ Jahre
- nein

Haben Erzieherinnen Auffälligkeiten bei Ihrem Kind festgestellt?

- ja: _____
- nein

Liegen Ihnen Ergebnisse des Bielefelder Screenings (BISC), das evtl. im Kindergarten durchgeführt wurde vor?

- ja: _____
- nein

Trifft sich Ihr Kind regelmäßig mit Gleichaltrigen außerhalb der Schule?

- ja nein

Mit welchen Medien beschäftigt sich Ihr Kind in seiner Freizeit?

- TV Computerspielen Spielkonsolen Handy Tablet Andere: _____

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind pro Tag mit diesen Medien?

- 30 Minuten 1 Stunde 2 Stunden mehr als 2 Stunden

Welche besonderen Interessen, Freizeitaktivitäten und Hobbys hat Ihr Kind und wie viel Zeit verbringt es damit pro Woche?

	Zeit
_____	_____
_____	_____
_____	_____

III. Schule

Hat Ihr Kind Probleme beim Lesen?

- nein
 ja, seit _____
 hat Schwierigkeiten beim Zusammenlesen
 hat Schwierigkeiten im Sinnverständnis
 hat Probleme, Lautzeichen (z.B. a/b/sch...) bezüglich ihrer Stellung im Wort zu erkennen (Anfang, Mitte, Ende)
 hat sehr hohen Übungsbedarf

Hat Ihr Kind Probleme beim Rechtschreiben?

- nein
 ja, seit _____
 hat Schwierigkeiten beim Einprägen der Lautzeichen
 kann Wortbilder (das Aussehen eines Wortes) nur unzureichend speichern
 hat Probleme den Grundwortschatz zu erwerben oder erwirbt diesen verzögert
 hat Probleme beim Abschreiben
 hat sehr hohen Übungsbedarf

Geht Ihr Kind gern zur Schule?

- ja nein kommt darauf an (Grund: _____)

Bekommt Ihr Kind zusätzliche Hilfen zur Bewältigung der schulischen Anforderungen? (z.B. Nachhilfe, Übungshefte, Lernprogramme)

- nein ja

Wenn JA: Welche?

Wie bereitet sich Ihr Kind auf eine Klassenarbeit vor?

- gut ausreichend ungenügend

Sonstiges: _____

Wie verhält sich Ihr Kind vor Klassenarbeiten?

- unauffällig und selbstsicher
- kann die Nacht vorher nicht richtig schlafen
- hat am Morgen keinen Appetit
- klagt über Bauch oder Kopfschmerzen
- verschweigt öfter Klassenarbeiten
- „spielt“ krank, um die Klassenarbeit zu vermeiden
- bereitet sich zu viel vor
- hat Angst vor Versagen

Erzielt Ihr Kind gute Noten in der Klassenarbeit, wenn es sich ausdauernd vorbereitet?

- ja
- nein

Wenn NEIN: Was glauben Sie, woran das liegt?

Gab/gibt es Besonderheiten in der bisherigen Schullaufbahn? Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Zurückstellung von der Einschulung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Frühförderung im Kindergarten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Besuch der Diagnose- und Förderklasse | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Vorzeitige Einschulung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Klassenwiederholung? (Nichtversetzen oder freiwilliges Zurücktreten wenn ja, welche? _____) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Schulwechsel (außer: Wechsel auf die weiterführende Schule) wenn ja, wann? _____ | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Überprüfung auf Sonderpädagogischen Förderbedarf | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Klasse übersprungen wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Sonstige (z.B. besondere Fördermaßnahmen) wenn ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
-

Wie beschreiben Sie die Hausaufgabensituation Ihres Kindes?

Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für die schriftlichen Hausaufgaben?

- weniger als 1 Stunde
- 1 Stunde
- 2 Stunden
- mehr als 2 Stunden

Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für die mündliche Vorbereitung auf den Unterricht?

Wie beurteilen Sie die Menge der zu erledigenden Hausaufgaben?

- zu viel
- genau richtig
- zu wenig

Wann erledigt Ihr Kind seine Hausaufgaben?

- gleich nach dem Mittagessen
- am späten Nachmittag
- am Abend
- zu einer anderen Zeit: _____

Erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig?

- ja teilweise nein

Wenn NEIN: Durch wen findet die Betreuung statt?

Arbeitet Ihr Kind konzentriert?

- eher ja teilweise eher nein

Neigt Ihr Kind dazu, Aufgaben generell eher oberflächlich und schnell anzugehen, also die Aufgabenstellung nicht genau zu beachten?

- eher ja teilweise eher nein

Erhielt Ihr Kind bereits einmal einen Hinweis oder eine Nacharbeit wegen „vergessener Hausaufgaben“?

- nein ja, im Fach/ in den Fächern _____

Wie oft pro Woche kommt es wegen der Hausaufgaben zu Spannungen?

- gar nicht 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal pro Woche

Hat Ihr Kind einen festen Arbeitsplatz, an dem es seine Hausaufgaben erledigt?

- ja nein

Wenn JA: Wo befindet sich dieser Arbeitsplatz?

- im Kinderzimmer im Wohnzimmer in der Küche

Sonstiges: _____

Kann Ihr Kind an seinem Arbeitsplatz ungestört arbeiten?

- ja nein

Wenn NEIN: Wodurch wird Ihr Kind gestört?

- durch spielende Geschwister durch Lärm (z.B. von Straßen, aus der Küche, Musik)

- durch Telefonanrufe durch andere Störfaktoren _____

Kontrollieren Sie die Hausaufgaben nach der Erledigung?

- ja nein

IV. Sprachlicher Bereich

Wann begann Ihr Kind zu sprechen?

- vor 12 Monaten 12 – 18 Monate später, mit _____ Monaten

Konnte Ihr Kind alle Laute richtig sprechen, als es zur Schule kam?

- ja nein

Wenn NEIN: Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- undeutliche Aussprache

- stockendes, abgehacktes Sprechen

- Verwechslung von Lauten

Sonstiges: _____

Hat Ihr Kind Sinn für Reime und Rhythmus?

ja nein

Liest Ihr Kind in seiner Freizeit?

ja nein

Wenn JA: Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Comics

Sachbücher

Romane

Zeitschriften

Andere: _____

V. Weitere Anmerkungen

Welche weiteren Informationen könnten für die Beurteilung der Situation Ihres Kindes wichtig sein?

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigte Person 1

Unterschrift sorgeberechtigte Person 2

Im Falle **nur einer** Unterschrift versichere ich hiermit, dass ich **alleine sorgeberechtigt** bin.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!