

**Elternfragebogen für
Lese-Rechtschreib-Störung**

Schulberatung
Schulstr.6 – 85119 Ernsgaden
Tel: 08452 / 20 17 – Fax: 08452 / 20 18
schulberatung@schulamt-paf.de

Name _____	Vorname _____	Geburtsdatum _____
Anschrift _____		
Telefon/Mobil _____	Mail: _____	
Schule _____	Klasse _____	Klassenlehrkraft _____
Erziehungsberechtigte _____		
Geschwister mit Geburtsjahr _____		

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

Handelt es sich um eine Erstüberprüfung? Ja Nein

Falls „Nein“: Wann wurde die Überprüfung durchgeführt? _____

Wer hat die Überprüfung durchgeführt? _____

Bitte leiten Sie uns die bereits vorliegenden Unterlagen (im verschlossenen Kuvert) zu!

I. Zur Entwicklung des Kindes	Ja	Nein
-------------------------------	----	------

1. Traten bei der Geburt Ihres Kindes Komplikationen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche? _____

2. Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten oder Entwicklungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche? _____

3. Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Augenarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, mit welchem Befund? _____

4. Hat Ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Ohrenarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, warum und mit welchem Befund? _____

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. Geht Ihr Kind gerne zur Schule?

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

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

7. 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

Dieser Antrag erleichtert unsere Arbeit und vereinfacht die Datenerhebung zur Diagnostik. Es entstehen keine rechtlichen Nachteile für Sie oder Ihr Kind, wenn Sie den Antrag nicht vollständig ausfüllen, nicht unterschreiben oder wenn Sie sich direkt an die zuständige Beratungslehrkraft der Schule wenden. Vielen Dank!