

Eltern-Fragebogen Schulische Fähigkeiten

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um die Fragen auf den folgenden Seiten möglichst genau zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns, wichtige Aspekte im Klärungs- und Beratungsprozess zu berücksichtigen.

Vor- und Nachname des Kindes:

Fragen zur Entwicklung des Kindes

Wie verliefen Schwangerschaft und Geburt?

- normal Geburtsgewicht: _____ Gramm
 Frühgeburt
 Komplikationen: _____

Wann lernte Ihr Kind sprechen? _____

Ist Ihr Kind gekrabbelt? nein ja, mit _____ Monaten

Wann lernte Ihr Kind laufen? mit _____ Monaten

Wann lernte Ihr Kind Fahrrad fahren? mit _____ Jahren

Traten motorische Probleme auf? nein ja

Wann war Ihr Kind tagsüber trocken? mit _____ Jahren

Wann war es nachts trocken? mit _____ Jahren

Fragen zu Kindergarten und Schule

Kindergartenbesuch von _____ bis _____

- besucht(e) keinen Kindergarten, weil _____
 besuchte den Kindergarten ohne Probleme
 es gab Schwierigkeiten: _____

eingeschult am _____

verspätete Einschulung wegen _____

vorzeitige Einschulung

Wiederholung der Klasse _____

Schulwechsel im Jahre _____

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____

Klasse _____ Klassenlehrer/in _____

Regelmäßigkeit des Schulbesuchs:

regelmäßig verspätet sich oft schwänzt häufig

fehlt oft, wegen _____

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

im Allgemeinen ja erscheint überfordert

hat keine Lust hat regelmäßig Angst vor der Schule

ist häufig unsicher

Wann und wie lange macht Ihr Kind im Allgemeinen seine Hausaufgaben?

von _____ Uhr bis _____ Uhr

Tägliche Arbeitszeit ca.: _____ Stunden

Wo werden die Hausaufgaben gemacht?

- am eigenen Schreibtisch in der Küche, dem Wohnzimmer
 in der Betreuung an wechselnden Orten

Besuch der OGS regelmäßig ja nein

Art der Erledigung der Hausaufgaben:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> macht die Hausaufgaben unaufgefordert | <input type="checkbox"/> muss aufgefordert werden |
| <input type="checkbox"/> arbeitet zügig | <input type="checkbox"/> trödelt, ist unkonzentriert |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Hausaufgaben sorgfältig | <input type="checkbox"/> arbeitet nachlässig |
| <input type="checkbox"/> arbeitet selbständig, braucht kaum Hilfe | <input type="checkbox"/> braucht ständig Hilfe |
| <input type="checkbox"/> macht sie regelmäßig | <input type="checkbox"/> verschweigt sie oft |
| <input type="checkbox"/> weigert sich oft die Hausaufgaben zu machen | <input type="checkbox"/> hat die Hausaufgaben oft vergessen |

Wie lange dauern die Hausaufgaben? _____

Helfen Sie bei den Hausaufgaben?

- nie manchmal häufig immer

wer hilft? _____

Kontrollieren Sie die Hausaufgaben?

- nein ja

Üben Sie mit Ihrem Kind?

- nein ja

wie oft; wie lange? _____

Treten Probleme auf? _____

Bekommt Ihr Kind Nachhilfe? nein ja, von wem? _____

In welchen Fächern? _____

_____ Std. pro Woche, seit _____

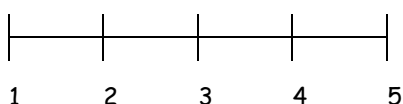
Sind Sie im Allgemeinen mit den schulischen Leistungen Ihres Kindes zufrieden?

1 = unzufrieden ; 5 = sehr zufrieden



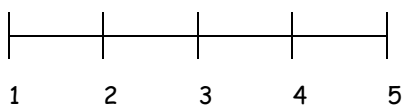
Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zur Lehrer/in?

1 = sehr schlecht ; 5 = sehr gut



Wie fühlt sich Ihr Kind in seiner Klasse?

1 = sehr schlecht ; 5 = sehr gut



Fragen zur Gesundheit

Zeigt Ihr Kind körperliche oder geistige Auffälligkeiten?

- Sehschwäche (Brille) seit _____ letzte Untersuchung: _____
- Hörschäden, seit _____ letzte Untersuchung: _____
- Sprachstörungen, seit: _____
- Bewegungsstörungen, seit: _____
- körperliche oder neurologische Erkrankungen (Asthma, Allergien, Epilepsie, ADHS, etc.), welche? _____
- andere Auffälligkeiten: _____ seit: _____

Erfolgte eine Förderung oder Therapie?

- Sprachtherapie von _____ bis _____
- Ergotherapie von _____ bis _____
- Frühförderung von _____ bis _____
- Physiotherapie von _____ bis _____
- Psychotherapie von _____ bis _____
- Andere: _____ von _____ bis _____

Kommt es vor, dass Ihr Kind tagsüber oder nachts einnässt? nein ja

Kommt es vor, dass Ihr Kind tagsüber oder nachts einkotet? nein ja

Wenn ja, wie häufig? _____

Klagt Ihr Kind häufiger z.B. über Kopf- oder Bauchschmerzen? nein ja

Wenn ja, seit wann, wie oft und in welchen Situationen? _____

Gab es schon einmal eine Zeit, in der Ihr Kind über längere Zeit hinweg in seiner Stimmung deutlich verändert war?

- nein ja

Welche Erklärung haben Sie dafür, was war der Grund?

Bitte beschreiben Sie, wie sich Ihr Kind gefühlt hat:

- ganz ärgerlich, gereizt, unzufrieden mit allem traurig, bedrückt

- | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> interesselos an den meisten Dingen | <input type="checkbox"/> unangemessenen fröhlich |
| <input type="checkbox"/> schläft sehr viel/sehr wenig | <input type="checkbox"/> isst sehr viel/sehr wenig |
| <input type="checkbox"/> kann sich schlecht konzentrieren | <input type="checkbox"/> fühlt sich schuldig |
| <input type="checkbox"/> fühlt sich wertlos | |

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

Was sollte sich auf keinen Fall verändern?

Fragen zur Lernschwäche

Wann traten nach Ihrer Erinnerung erste Schwierigkeiten in der Schule oder bei den Hausaufgaben auf? _____

Welche Schwierigkeiten _____

Wer vermutete zuerst eine Lernstörung? _____ Wann? _____

Wie reagiert Ihr Kind seelisch auf die Lernprobleme?

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schulängste | <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Soziale Probleme in der Klasse |
| <input type="checkbox"/> Probleme bei den Hausaufgaben | <input type="checkbox"/> Unruhe, Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Ärger zu Hause |
| <input type="checkbox"/> Andere Reaktionen _____ | |

Sind die Lernschwierigkeiten Ihres Kindes für Sie ein Problem?

gar nicht ein wenig ziemlich ein sehr großes

Wie haben Sie bisher auf die Lernschwierigkeiten reagiert?

Fragen zur Erziehung

Geht Ihr Kind nach der Schule in die Betreuung? ja nein

Redet Ihr Kind mit Ihnen über Freunde oder Schule? ja nein

Angenommen, Ihr Kind hat ein Problem, zu wem geht es dann (Mutter, Vater, Oma, ...)? _____

Wie einig sind Sie sich mit anderen wichtigen Personen über Erziehungsfragen?
sehr uneinig oft uneinig meistens einig sehr einig

Wo treten Unterschiede auf? _____

Wann geht Ihr Kind in der Schulzeit schlafen? ca. gegen _____ Uhr
Wann steht es morgens auf? ca. gegen _____ Uhr
Wann muss es los zur Schule? ca. gegen _____ Uhr
Frühstückt Ihr Kind morgens? nein ja
Bemerkungen/Probleme? _____

Besitzt Ihr Kind ein Handy/Smartphone? ja nein

Wie lange etwa kann Ihr Kind täglich fernsehen?
Wochentags: _____ Stunden täglich Wochenende: _____ Stunden täglich

Wie viel Zeit verbringt es mit Konsolenspielen (Wii, Playstation, Nintendo, etc.)?
Wochentags: _____ Stunden täglich Wochenende: _____ Stunden täglich

Nutzt Ihr Kind zusätzlich Zeit an einem PC oder Laptop/Tablet ohne zu spielen?
Wochentags: _____ Stunden täglich Wochenende: _____ Stunden täglich

Fragen zur Freizeitgestaltung

Welche besonderen Neigungen, Begabungen, Hobbies hat Ihr Kind?

Welche Beziehung hat Ihr Kind zu anderen Kindern?

- spielt mit anderen Kindern hat 1-2 gute Freunde
- hat keine Freunde spielt eher mit älteren Kindern
- spielt eher mit jüngeren Kindern
- hat Schwierigkeiten, weil _____

Ist das Kind in einer Kinder-, Jugendgruppe oder einem Verein?

- nein
- ja, in _____

Möchten Sie weitere Beratungsgespräche (vielleicht zu anderen Themen)? ja

Vielen Dank!