

Erhebungsbogen für legasthene Schüler*innen / Elternfragebogen

Datum: _____

Name eines Elternteils als
Ansprechpartner*in: _____

Familienname des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Schule und Schulart: _____

Klasse: _____

**Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen sorgfältig aus!
(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

1. Ist Ihr Kind schon einmal auf LRS hin untersucht worden? ja nein

wann? _____

von wem? _____

Ergebnis: _____

(Unterlagen bitte möglichst beilegen)

2. Gab es während der Schwangerschaft / Geburt Komplikationen?

nein ja

z.B. Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Nabelschnur um den Hals

3. Frühkindliche Entwicklung im Sprachbereich

Wurde gestillt? ja nein
wenn ja, wie lange?

Normale Laut- und Lallphase? ja nein

Sprechenlernen (1. Sätze) mit: 1,5 Jahre
 2 Jahre
 3 Jahre
 4 Jahre

War eine Sprachtherapie nötig? nein ja

Wurden alle Laute bei Schuleintritt beherrscht? ja nein

Schwierigkeiten bei S-Lauten? nein ja

Spricht das Kind heute undeutlich? nein ja

Stottert das Kind heute? nein ja

Lispelt das Kind heute? nein ja

Zwei- oder mehrsprachig aufgewachsen? nein Ja

wenn ja, mit welchen Sprachen?

4. Hals-, Nasen-Ohrenbereich

Als Kleinkind häufig Mittelohrentzündung? nein ja

Haben Sie den Eindruck, dass das Kind manchmal nicht deutlich hört?
wenn ja, wie macht sich das bemerkbar? nein ja

Besonders geräuschempfindlich? nein ja

Wurden Röhrrchen eingesetzt? nein ja

Wurden Polypen entfernt? nein ja

Waren Sie mit dem Kind schon einmal beim Hals-, Nasen-Ohrenarzt?
wenn ja, wann? nein ja

Ergebnis?

5. Auffälligkeiten in der allgemeinen Gesundheitsentwicklung, die Sie uns mitteilen möchten

Wurde bei dem Kind eine der folgenden Diagnosen gestellt?

ADS nein ja

ADHS nein ja

wenn ja, wann?

Erfolgt/e eine medikamentöse Behandlung nein ja

Wenn ja: seit /bis wann?

allgemeiner Gesundheitszustand: gut
 mittel
 schlecht

Leidet Ihr Kind häufig unter:

- Kopfschmerzen
- Magenschmerzen

6. Frühkindliche Entwicklung im Sehbereich

Waren Sie schon einmal mit Ihrem Kind beim Augenarzt?
wenn ja, wann?

- nein
- ja

Ergebnis:

Sehen im Nahbereich:

- gut
- schlecht

Sehen im Fernbereich:

- gut
- schlecht

Brillenträger?

- nein
- Ja

7. Entwicklung in der Grob- und Feinmotorik

Laufen gelernt mit ca.

- 1 Jahr
- 1,5 Jahre
- später

Körperbeherrschung eher:

- geschickt
- normal
- ungeschickt

Handgeschicklichkeit eher:

- geschickt
- normal
- ungeschickt

Bekam Ihr Kind Heil- oder Krankengymnastik?
wenn ja, wann?

- nein
- ja

Welche?

8. Fragen zur Rechts-Linkshändigkeit

Wann konnte Ihr Kind sicher rechts – links unterscheiden?

- Vorschulzeit
 Grundschulzeit
 heute noch nicht

Eindeutiger Rechtshänder?

- ja nein

Eindeutiger Linkshänder?

- nein ja

Wechselt es hin und her

- nein ja

9. Fragen zur Konzentration

Konzentrationsfähigkeit heute eher:

- gut
 mittel
 schlecht

Bei welchen Tätigkeiten am besten?

Bei welchen Tätigkeiten am schlechtesten?

Ist Ihr Kind auffallend zappelig?

- nein ja

Ist es auffallend langsam?

- nein ja

Schläft es ausreichend?

- ja nein

Hat es Einschlafschwierigkeiten

- nein
 selten
 häufig

Hat es Durchschlafschwierigkeiten?
wenn ja,

- nein ja
 selten
 häufig

10.

Mögliche besondere psychische und/oder familiäre Belastungen, die das Kind am Lernen hindern könnten (Auf Wunsch auch nur persönliches Gespräch darüber!)?

- nein ja

11. Auffälligkeiten im Lese – Rechtschreibbereich

Falsche Wiedergabe von Orts- und Eigennamen? nein ja

Anhaltende Schwierigkeiten beim Lesenlernen (z. B. beim Zusammenziehen von Buchstaben)? nein ja

Liest Ihr Kind gern? ja nein

Liest es viel? ja nein

Ist lautes Vorlesen stockend? nein ja

Anhaltende Schwierigkeiten beim Schreibenlernen (Kampf mit der Hand, den Fingern, dem Stift, dem Heft)? nein ja

Haben eines der Elternteile oder jemand aus Ihrer Familie früher Schwierigkeiten beim Lesenlernen und/oder beim Erlernen der Rechtschreibung gehabt? nein ja

Gefühl für Rhythmus vorhanden? ja nein

(Als Kleinkind) Gefallen und Gefühl für rhythmische Sprechverse? ja nein

Wiedergabe von leichtem Rhythmus möglich? ja nein

Anhaltende Schwierigkeiten bei der Rechtschreibung? nein ja

Ähnliche Schwierigkeiten beim Erwerb von Fremdsprachen? nein Ja

Typische Fehlerarten des Kindes:

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

- Buchstabenauslassungen (= Selbstlautaussparungen) wie **mchen** statt **machen**
- Vertauschen der Buchstabenreihenfolge wie **klat** statt **kalt**
- Dehnung/Dopplung (z.B. **flatern** statt **flattern** ; **Mite** statt **Miete**)
- Verwechslungen von b / d, p / q, m / n
- Schreiben, wie man spricht z. B. **fabanzkastn** für **Verbandskasten**
- Lässt der Schüler Wortendungen weg?

Bitte weitere Beispiele hier aufführen:

Merkfähigkeit beim Erlernen des Einmaleins?

- gut
- normal
- schlecht

Unfreiwilliges, spiegelbildliches Schreiben über die ersten Schulmonate hinaus?

- nein
- ja

Hat Ihr Kind schon einmal eine Klasse wiederholt?
Wenn ja, welche?

- nein
 - ja
-

Leistungsüberblick

a) Grundschule

Bitte bringen Sie eine Kopie der beiden letzten Zeugnisse zum Beratungsgespräch mit.

Hat sich der/die Schüler/in im Laufe der Grundschulzeit aufgrund der mangelnden Lesefähigkeit auch in den anderen Fächern verschlechtert?
Für welche Schulart empfohlen?

- nein
 - ja
-

a) weiterführende Schule

Bitte bringen Sie eine Kopie der beiden letzten Zeugnisse zum Beratungsgespräch mit.

12. Frühere Förderung

Hat das Kind schon früher LRS - Förderung erhalten?

- nein
- ja

Wo?

Hat Ihr Kind andere Förderungen erhalten?
Wenn ja, welche?

- nein
- ja

13. Familiäre Situation

Ihr Kind lebt bei:

- Eltern
 - Mutter
 - Vater
 - Großeltern
 - im Heim
 - Pflege- oder Adoptiveltern
-

anderen
Personen

Ihr Kind wird vorwiegend betreut von:

- Mutter
- Vater
- Großeltern
- anderen
Personen

Ist ein Elternteil verstorben?

nein ja

Leben die Eltern getrennt?

nein ja

Beruf des Vaters:

Beruf der Mutter:

Geschwister:

Hat das Kind Geschwister?

nein ja

wenn ja, ergänzen Sie bitte nachfolgende Punkte:

Name(n):	Geburtsjahr:	Schulbildung:	Schwierigkeiten beim:			
			Lesen		Recht- schreiben	
<hr/>	<hr/>	<hr/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Haben Sie den Eindruck, dass das Kind in Konkurrenz zu seinen Geschwistern steht?

nein ja

Hat das Kind genügend Freunde?

ja nein

Sind bei dem Kind Erziehungsschwierigkeiten aufgetreten?

nein ja

Haben Sie schon einmal wegen des Kindes eine Erziehungsberatungsstelle oder Psychologen aufgesucht?
wenn ja, wann und welche?

nein ja

Hobbys des Kindes?

Wie lang nutzt das Kind durchschnittlich moderne Medien am Tag?

- gar nicht
- ½ Stunde
- 1 Stunde
- 2 Stunden
- 3 Stunden

In welchem Alter fing die Nutzung an?

- 1 – 2 Jahre
- 3 – 5 Jahre
- 6 Jahre und älter

14. Und nun nennen Sie bitte die Stärken Ihres Kindes und schildern Sie kurz, was Sie an Ihrem Kind besonders schätzen und mögen:

15. Fragen zu unserem Kursangebot in Ahrensburg

Geben Sie uns bitte an, an welchen Tagen Ihr Kind ganz dringende, nicht verschiebbare Termine hat!

- montags
- dienstags
- mittwochs
- donnerstags

(Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht jeden Wunschtermin berücksichtigen können.)

Sie erklären sich einverstanden, dass die von Ihnen angegebenen Daten gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und zur Vertragserfüllung verwendet werden dürfen. Gleichzeitig stimmen Sie unseren Teilnahmebedingungen sowie unserer Datenschutzerklärung zu. Teilnahmebedingungen und Datenschutzerklärung finden Sie in unserem Programmheft, im Foyer unseres Hauses sowie auf unserer Internetseite.

(Unterschrift der Eltern)

(Name der Lerntherapeutin)