

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: _____

Klassenlehrer*in und
Telefon: _____

Deutschlehrer*in und
Telefon: _____

Frühzeitiger Blasensprung? nein ja
Fruchtwasser grün? nein ja
Kaiserschnitt? nein ja
Kaiserschnitt mit Komplikationen?
wenn ja, welche? nein ja

Andere Belastungen?
wenn ja, welche? nein ja

4. Frühkindliche Entwicklung im Sprachbereich

Wurde gestillt?
wenn ja, wie lange? ja nein

Normale Laut- und Lallphase? ja nein

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

Zahn- oder Kieferregulierung während des Sprechenlernens? nein ja

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?

5. Hals-, Nasen-Ohrenbereich

Als Kleinkind häufig Mittelohrentzündung? nein ja

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

bei wem?

Ergebnis bzw. Diagnose?

6. Allgemeine Gesundheitsentwicklung

Schwerwiegender Keuchhusten? nein ja
Meningitis? nein ja
Schwerwiegender Scharlach? nein ja
Schwerwiegende Diphtherie? nein ja
Unfall mit schwerwiegenden Verletzungen v. a. im Kopfbereich? nein ja
Hat Ihr Kind Diabetes? nein ja
Allergien?
wenn ja, welche? nein ja

Neurodermitis? nein ja
Wird das Kind mit einer Diät ernährt?
wenn ja, mit welcher? nein ja

Wurde bei dem Kind eine der folgenden Diagnosen gestellt?
ADS nein ja
ADHS nein ja
wenn ja, wann?

von wem?

Dauermedikamente als Kleinkind gegen:

Dauermedikamente heute gegen:

allgemeiner Gesundheitszustand:

- gut
 mittel
 schlecht

Leidet Ihr Kind häufig unter:

- Kopfschmerzen
 Magenschmerzen

7. Frühkindliche Entwicklung im Sehbereich

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

- nein ja

wann?

Ergebnis bzw. Diagnose:

Sehen im Nahbereich:

- gut
 schlecht

Sehen im Fernbereich:

- gut
 schlecht

Schielen, v. a. verdecktes Schielen im Nahbereich:

- nein ja

Häufiges Augenreiben?

- nein ja

Häufiges Augentränen?

- nein ja

Farbenblind?

- nein ja

Nachtblind?

- nein ja

Brillenträger für den Nahbereich?

- nein ja

Brillenträger für den Fernbereich?
anderes:

- nein ja

8. Entwicklung in der Grob- und Feinmotorik

- Als Säugling auf dem Bauch gelegen? ja nein
- Krabbelphase durchlaufen? ja nein
- Laufen gelernt mit ca. 1 Jahr
 1,5 Jahre
 später
- Körperbeherrschung eher: geschickt
 normal
 ungeschickt
- Handgeschicklichkeit eher: geschickt
 normal
 ungeschickt
- Gleichgewichtsstörungen? nein ja
- Fähigkeit zum Balancieren? ja nein
- Kann es sicher auf einem Bein stehen? ja nein
- Kann es Fahrrad fahren? ja nein
- Wird es leicht schwindlig z. B. beim Schaukeln? nein ja
- Kann es eine Nähnadel normal einfädeln? ja nein
- Kann es mit einer Schere umgehen? ja nein
- Bekam Ihr Kind Heil- oder Krankengymnastik?
wenn ja, wann? nein ja

wo?

welche?

-
- Dennison – Koordinationsübungen (Überkreuz-Übungen)? nein ja
wenn ja, bei wem?

wie lange? (Vorhandene Unterlagen bitte beilegen.)

9. 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
- War es Linkshänder und wurde umgestellt? nein ja
- Ähnliche Schwierigkeiten bei den Eltern? nein ja

10. 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 wenn ja, nein ja
 selten
 häufig
- Hat es Durchschlafschwierigkeiten? wenn ja, nein ja
 selten
 häufig

11.

- Mögliche besondere psychische und/oder familiäre Belastungen, die das Kind am Lernen hindern könnten? nein ja

Bitte nutzen Sie für Ihre Antwort Seite 16.

(Auf Wunsch auch nur persönliches Gespräch darüber!)

12. Auffälligkeiten im Lese – Rechtschreibbereich

Falsche Wiedergabe von Orts- und Eigennamen? nein ja

Anhaltende Schwierigkeiten beim Lesenlernen (z. B. beim Zusammen-ziehen 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 Sie selbst oder Ihr Ehepartner 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

Singen von leichten Melodien 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

	Mathe	HuS	Deutsch Lesen	Deutsch Schreiben	Deutsch Darstellen	Deutsch Handschr.
1. Klasse						
2. Klasse						
3. Klasse						
4. Klasse						

Hat sich der Schüler im Laufe der Grundschulzeit aufgrund der mangelnden Lesefähigkeit auch in den anderen Fächern verschlechtert?

- nein
- ja

Für welche Schulart empfohlen?

b) weiterführende Schule

	Mathe	HuS	Deutsch Lesen	Deutsch Schreiben	Deutsch Darstellen	Deutsch Handschr.
5. Klasse						
6. Klasse						
7. Klasse						
8. Klasse						

13. Frühere Förderung

Hat das Kind schon früher LRS - Förderung erhalten?

nein ja

mit Erfolg?

ja nein

bei wem?

Hat Ihr Kind andere Förderungen erhalten?

nein ja

Wenn ja, welche?

Schalltherapie / Hörtraining

nein ja

Wenn ja, bei wem?

Wie lange?

Tomatiskassetten

nein ja

Wenn ja, durch wen?

Wie lange?

14. 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
 - Kinderfrau
 - anderen Personen
-
-
-
-
-
-
-
-

Beruf des Vaters:

- Ausübung in Vollzeit
- Ausübung in Teilzeit

Beruf der Mutter:

- Ausübung in Vollzeit
- Ausübung in Teilzeit

- Ist ein Elternteil verstorben? nein ja
- Leben die Eltern getrennt? nein ja
- wenn ja, hat eine Wiederheirat der Eltern stattgefunden? nein ja

Geschwister:

- Hat das Kind Geschwister? nein ja
- wenn ja, ergänzen Sie bitte nachfolgende Punkte:

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

Adresse:

Weswegen?

Erfolg?

Hobbys des Kindes?

Wie lang nutzt das Kind durchschnittlich moderne Medien am Tag?

- gar nicht
- ½ Stunde
- 1 Stunde
- 2 Stunden
- 3 Stunden
- 4 Stunden
- 1 – 2 Jahre
- 3 – 5 Jahre
- 6 Jahre und älter

In welchem Alter fing die Nutzung an?

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

Diese Seite wird von der Beratungslehrkraft ausgefüllt!

Mögliche Beeinträchtigungen des Schülers / der Schülerin:

- leibliche Familienangehörige mit ähnlichen Lese-Rechtschreibschwierigkeiten
- Schwangerschaft
- Geburt
- Sprachbereich
- Sehbereich
- Hörbereich
- Feinmotorik
- Grobmotorik
- keine Krabbelphase
- Gleichgewichtsstörungen
- Lateralitätsproblem / Wechsel der Händigkeit
- falschen Buchstabensequenzen
- Linkshänder
- hyper- /hypoaktiv / Konzentrationsprobleme
- M. C. D.
- Allergien
- besondere psychische Belastungen
- schlechter Gesundheitszustand
- andere Beeinträchtigungen

