

Erhebungsbogen für rechenschwache 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 Rechenschwäche 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

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

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

4. Hals-, Nasen-Ohrenbereich

Als Kleinkind häufig Mittelohrentzündung?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie den Eindruck, dass das Kind manchmal nicht deutlich hört?

☐ nein ☐ ja

wenn ja, wie macht sich das bemerkbar?

Besonders geräuschempfindlich?

☐ nein ☐ ja

Waren Sie mit dem Kind schon einmal bei einem Hals-Nasen-Ohrenarzt?

☐ nein ☐ ja

wenn ja, wann?

Ergebnis:

Wurden Röhrrchen eingesetzt?

☐ nein ☐ ja

Wurden Polypen entfernt?

☐ nein ☐ ja

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

wenn ja, mit welcher?

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?

- ☐ ja ☐ nein

Wechselt es hin und her

- ☐ ja ☐ nein

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
wenn ja,

- ☐ 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. Pränumerischer Bereich

Ist das Kind in der Lage, eine Menge von z. B. fünf Murmeln ganzheitlich, das heißt „auf einen Blick“ zu erfassen?

☐ ja ☐ nein

Ist das Kind in der Lage, die Zuordnung einer Menge von z. B. fünf Murmeln zu dem Zahlwort „fünf“ und der Ziffer „5“ vorzunehmen?

☐ ja ☐ nein

Ist das Kind in der Lage, eine Eins-zu-Eins-Zuordnung vorzunehmen, z. B. einem Gedeck ein Glas, einen Teller, ein Messer etc. zuzuordnen?

☐ ja ☐ nein

Welche der folgenden mathematischen Begriffe werden sicher benutzt?

- ☐ größer / kleiner
- ☐ mehr / weniger
- ☐ breiter / schmaler
- ☐ doppelt / halb
- ☐ erster / letzter

Welche der folgenden Zeitbegriffe werden sicher benutzt?

- ☐ vorher / nachher
- ☐ gestern / heute / morgen
- ☐ vor einer Woche / in einem Jahr

12. Merkfähigkeit

Die allgemeine Merkfähigkeit des Kindes ist:

- ☐ gut
- ☐ normal
- ☐ schlecht

Merkfähigkeit beim Erlernen des Einmaleins?

- ☐ gut
- ☐ normal
- ☐ schlecht

Gibt es Probleme durch Vertauschen von Einern und Zehnern, z. B. Zahlendreher (14 statt 41)?

☐ nein ☐ Ja

13. Frühere Förderung

Ist Ihr Kind schon einmal auf Dyskalkulie oder Rechenschwäche getestet worden?

☐ nein ☐ ja

wenn ja, Ergebnis?

Hat Ihr Kind andere Förderungen erhalten?

☐ nein ☐ ja

wenn ja, welche und wie lang?

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

Beruf des Vaters:

Beruf der Mutter:

Ist ein Elternteil verstorben?

- ☐ nein
- ☐ ja

Leben die Eltern getrennt?

- ☐ nein
- ☐ ja

Geschwister:

Hat das Kind Geschwister?

- ☐ nein
- ☐ ja

wenn ja, ergänzen Sie bitte nachfolgende Punkte:

Name(n):	Geburtsjahr:	Schulbildung:	Schwierigkeiten beim: Lesen / Rechnen Recht- schreiben			
			nein	ja	nein	ja
			☐	☐	☐	☐
			nein	ja	nein	ja
			☐	☐	☐	☐
			nein	ja	nein	ja
			☐	☐	☐	☐
			nein	ja	nein	ja
			☐	☐	☐	☐

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 nichtverschiebbare Termine hat:

Kreuzen Sie an, an welchem Tag Ihr Kind **nicht** kommen kann

- ☐ dienstags
- ☐ mittwochs
- ☐ donnerstags

(Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei der Kursplanung nicht jede Angabe berücksichtigen können.)

Zusatznotizen (Bei Bedarf auch Rückseite nutzen):

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 Beratungslehrkraft)