

Elternfragebogen zum Lesen und Rechtschreiben

Name des Kindes _____ geb. am _____
Anschrift _____
Schule _____ Klasse _____
Klassenlehrer/in: _____
Erziehungsberechtigte/n _____
Telefon _____ Handy _____
Email _____ Datum _____

A)	Zur Entwicklung des Kindes	Ja	Nein
1.	Traten bei der Schwangerschaft/ Geburt des Kindes Komplikationen auf? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten oder Entwicklungsverzögerungen? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Waren Sie mit Ihrem Kind in letzter Zeit beim Augenarzt? Gab es Auffälligkeiten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Hat Ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Waren Sie mit Ihrem Kind in letzter Zeit beim Ohrenarzt? Gab es Auffälligkeiten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wie verlief die sprachliche Entwicklung Ihres Kindes (verzögerter Sprachbeginn, undeutliche Aussprache, Stottern, Lispeln...)? _____		
7.	Wie verlief die motorische Entwicklung Ihres Kindes? (robben, krabbeln, laufen...)?		

8.	Malt, schneidet oder schreibt Ihr Kind gern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mit welcher Hand schreibt Ihr Kind jetzt <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
10.	Werden andere Tätigkeiten mit einer anderen Hand ausgeführt? z.B. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Kann Ihr Kind auf der Zeile schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Kann sich Ihr Kind auf einem Blatt orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B)	Lebensumstände	Ja	Nein
1.	Hat Ihr Kind Geschwister? Wenn ja, wie viele und wie alt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hat ihr Kind Freunde im Klassenverband?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Besucht Ihr Kind einen Verein (Sportverein, Musikgruppe)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Bei welchen Tätigkeiten beobachten Sie, dass Ihr Kind sehr konzentriert ist? _____ _____		
C)	Vorschulische Einrichtungen	Ja	Nein
1.	Besuchte Ihr Kind eine vorschulische Einrichtung? (Kinderkrippe Kindergarten, Vorkurs Deutsch, SVE,...) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Haben die Erzieherinnen Auffälligkeiten festgestellt? Wenn ja, welche? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D)	Schulzeit	Ja	Nein
1.	Geht Ihr Kind gerne zur Schule?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hatte Ihr Kind in der 1./2. Klasse Schwierigkeiten beim Lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wie liest Ihr Kind, wenn es vorliest? <input type="checkbox"/> stockend <input type="checkbox"/> flüssig		

4.	Hatte Ihr Kind in der 1./2. Klasse Schwierigkeiten beim Rechtschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hat in der Grundschulzeit der Klassenlehrer gewechselt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wie beschreiben Sie die Hausaufgabensituation Ihres Kindes? (Dauer, Kontrolle, Selbstständigkeit, Probleme...) _____ _____		
7.	Wie sehen bisherige Übungssituationen aus? (Häufigkeit, Dauer, Inhalt...) _____ _____		
8.	Wie schätzen Sie die Ausdauer und Konzentration Ihres Kindes bei schulischen Anforderungen ein? _____ _____ _____		
E) 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"/>
F) Lesen		Ja	Nein
1.	Liest Ihr Kind gern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.	Wie liest Ihr Kind, wenn es vorliest? (stockend, flüssig,) _____		
3.	Wie würden Sie die Lesefertigkeit Ihres Kindes beschreiben? (Probleme beim Sinnverständnis, Schwierigkeiten beim Zusammenlesen der Buchstaben,) _____ _____ _____		
G) Rechtschreiben		Ja	Nein
1.	Wie würden Sie die rechtschriftlichen Fertigkeiten Ihres Kindes beschreiben? _____ _____		
2.	Wie würden Sie die Feinmotorik Ihres Kindes beurteilen? _____		
H) Allgemein		Ja	Nein
1.	Was schätzen Sie an Ihrem Kind am meisten? _____ _____		
2.	Gibt es neben den Lese-Rechtschreibproblemen andere Auffälligkeiten? _____ _____		
3.	Haben Sie bereits andere Unterstützungsmaßnahmen (Beratung, Therapie) in Anspruch genommen? Wenn ja, welche? (Ergotherapie, Logopädie...) _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Erhält Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche und seit wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift