



U10 Fragebogen Eltern

Vorname + Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Gibt es Klagen von Seiten der Lehrerin/des Lehrers über Ihr Kind hinsichtlich Verhalten/schulischen Leistungen/ ... ?

Nein

Ja, _____

Sehen Sie oder der Lehrer

Rechtschreibprobleme

Lese-Rechtschreibprobleme

Hausaufgaben:

ohne Probleme

oft fehlend

nie alleine

zu lange

Wie lange?

unter 30min

30-60min

60-90min

länger: _____ min

Wie verhält sich Ihr Kind zuhause?

keine Probleme / unauffälliges Verhalten

Probleme: _____

z.B. Hyperaktivität, oppos. Verhalten, Impulsivität, Aggressivität, Aufmerksamkeitsprobleme, leichte Ablenkbarkeit, dissoz. Verhalten, Sozialkonflikte, keine Freunde, Ängste, unbeliebt.

Eltern getrennt lebend?

Nein

Ja, seit _____ Lebensjahr Kind

Gibt es psychische Auffälligkeiten in der Familie?

Nein Ja, _____

Mein Kind schreibt...

- ... vorwiegend links
- ... vorwiegend rechts
- ... wechselnd

Liest Ihr Kind ...

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ... gerne | <input type="checkbox"/> ... häufig |
| <input type="checkbox"/> ... freiwillig | <input type="checkbox"/> ... selten |
| <input type="checkbox"/> ... nur unter Druck | <input type="checkbox"/> ... kaum |
| <input type="checkbox"/> ... weiß nicht | <input type="checkbox"/> _____ |

Wie liest Ihr Kind?

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> langsam | <input type="checkbox"/> sicher |
| <input type="checkbox"/> stockend | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> wenig Fehler | |

Versteht Ihr Kind den Inhalt des Gelesenen?

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Immer | <input type="checkbox"/> kaum |
| <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> selten | |

Gibt es Auffälligkeiten mit der Sprache? z.B. undeutlich, stockend, zu schnell, zu leise, ...

- Nein Ja, _____

Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten, Unfälle, Entwicklungsstörungen?

- Nein Ja, _____

Sieht Ihr Kind gut?

- Ja
- Nein, War Ihr Kind schon beim Augenarzt? Ja Nein

Hört Ihr Kind gut?

- Ja
- Nein, War Ihr Kind schon beim Ohrenarzt? Ja Nein

Hatte bzw. hat ein Familienmitglied erhebliche Lese- /Rechtschreibprobleme?

- Nein Ja, wer? _____

Steht bzw. stand Ihr Kind in diesem oder dem letzten Schuljahr – oder länger – unter besonderen seelischen Belastungen? (z.B. Tod von einer nahe stehenden Person, Umzug, starke Geschwisterrivalität, Ehekrisen, Trennung, Scheidung, ...)
