

## 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, ...)

---