Alicia Hofmann, Beratungslehrkraft

E-Mail: alicia.hofmann@vs-odelzhausen.de

Staatliche **Schulberatung**

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? _____ _____	☐	☐
2.	Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten oder Entwicklungs-verzögerungen? Wenn ja, welche? _____ _____	☐	☐
3.	Waren Sie mit Ihrem Kind in letzter Zeit beim Augenarzt? Gab es Auffälligkeiten? _____	☐	☐
4.	Hat Ihr Kind eine Brille?	☐	☐
5.	Waren Sie mit Ihrem Kind in letzter Zeit beim Ohrenarzt? Gab es Auffälligkeiten? _____	☐	☐
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?	☐	☐
9.	Mit welcher Hand schreibt Ihr Kind jetzt ☐ rechts ☐ links		
10.	Werden andere Tätigkeiten mit einer anderen Hand ausgeführt? z.B. _____	☐	☐
11.	Kann Ihr Kind auf der Zeile schreiben?	☐	☐
12.	Kann sich Ihr Kind auf einem Blatt orientieren?	☐	☐
B)	**Lebensumstände**	**Ja**	**Nein**
1.	Hat Ihr Kind Geschwister? Wenn ja, wie viele und wie alt? _____	☐	☐
2.	Hat ihr Kind Freunde im Klassenverband?	☐	☐
3.	Besucht Ihr Kind einen Verein (Sportverein, Musikgruppe)? _____	☐	☐
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,...) _____	☐	☐
2.	Haben die Erzieherinnen Auffälligkeiten festgestellt? Wenn ja, welche? _____ _____	☐	☐
D)	**Schulzeit**	**Ja**	**Nein**
1.	Geht Ihr Kind gerne zur Schule?	☐	☐
2.	Hatte Ihr Kind in der 1./2. Klasse Schwierigkeiten beim Lesen?	☐	☐
3.	Wie liest Ihr Kind, wenn es vorliest? ☐ stockend ☐ flüssig		

4.	Hatte Ihr Kind in der 1./2. Klasse Schwierigkeiten beim Rechtschreiben?	☐	☐
5.	Hat in der Grundschulzeit der Klassenlehrer gewechselt?	☐	☐
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? _____ _____	☐	☐
2.	Spricht Ihr Kind deutlich?	☐	☐
3.	Spricht Ihr Kind stockend und abgehackt?	☐	☐
4.	Verwechselt Ihr Kind ähnliche Laute? Wenn ja, welche? _____ _____	☐	☐
5.	Verwendet Ihr Kind den richtigen Satzbau?	☐	☐
6.	Kann es Geschichten, Erlebnisse in der richtigen Reihenfolge erzählen?	☐	☐
7.	Kann sich Ihr Kind Reime/Gedichte und Geschichten über einen längeren Zeitraum merken?	☐	☐
F)	**Lesen**	**Ja**	**Nein**
1.	Liest Ihr Kind gern?	☐	☐

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…) _____ _____	☐	☐
4.	Erhält Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche und seit wann? _____	☐	☐

Vielen Dank!

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift