

Schülername: _____ Klasse: _____ Schuljahr: _____

Elternfragebogen zur Erfassung von Vorinformationen bei Lese- und/oder Rechtschreibproblemen

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name 1. Sorgeberechtigte(r): _____

Name 2. Sorgeberechtigte(r): _____

Gemeinsames Sorgerecht: ☐ Ja ☐ Nein

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Klassenleitung: _____

Deutschlehrkraft: _____

Englischlehrkraft: _____

Französisch-/Lateinlehrkraft: _____

Mathematiklehrkraft: _____

besuchte Grundschule: _____

bisher besuchte weiterführende Schulen: _____

besuchte Jahrgangsstufen am GMK: _____

Probeunterricht: ☐ ja ☐ nein

Wiederholungen: ☐ ja ☐ nein; wenn ja, Klassenstufe(n): _____

Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um folgende Fragen nach bestem Wissen zu beantworten. Dies trägt zu einem umfassenden Blick auf Ihr Kind bei und unterstützt eine fundierte Beratung.

1. Beobachten Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten ...

☐ im Lesen? ☐ beim Rechtschreiben?

Seit wann? _____

2. Hat eine Lehrkraft schon einmal auf Probleme beim Lesen und/oder Rechtschreiben Ihres Kindes hingewiesen?

☐ ja, beim Lesen ☐ ja, beim Rechtschreiben ☐ weder beim Lesen noch beim Rechtschreiben

Wenn ja:

Wer? _____

Wann? _____

3. Hat Ihnen aktuell eine Lehrkraft zu einer diagnostischen Abklärung einer Lese- und/oder Rechtschreibstörung geraten?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

Wer? _____

Wann? _____

4. Wurde die Lese- und/oder Rechtschreibleistung schon einmal durch eine Testung überprüft?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

☐ in Eigeninitiative

☐ auf Anraten von: _____

Wann? _____

Von wem? _____

5. Wurde schon einmal ein Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz gewährt?

☐ nein

☐ ja, ab _____ für folgende Jahrgangstufen/Schuljahre: _____

6. Hat Ihr Kind schon einmal an einer Legasthenietherapie oder einem Lese-/ Rechtschreibförderkurs teilgenommen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wann? _____ Bei wem? _____

7. Können körperliche Ursachen für die Probleme beim Lesen und Rechtschreiben ausgeschlossen werden?

☐ ja, das Seh- und Hörvermögen wurde überprüft und blieb ohne Befund.

☐ nein

8. Wie viel Zeit wurde in der Grundschule täglich zu Hause investiert, um ...

... das Lesen zu üben? ca. _____

... das Rechtschreiben zu üben? ca. _____

9. Wie viel Zeit wird aktuell täglich zu Hause investiert, um ...

... das Lesen zu üben? ca. _____

... das Rechtschreiben zu üben? ca. _____

10. Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind aktuell mit Lesen? _____

11. Gab es Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung (Grobmotorik, Feinmotorik, Gleichgewichtssinn) Ihres Kindes?

☐ nein ☐ ja, welche? _____

12. Hat Ihr Kind schon einmal an einer Ergotherapie oder einer logopädischen Therapie teilgenommen?

☐ ja ☐ nein

Warum? _____

Bei wem? _____

Wann und wie lange? _____

13. Zeigt Ihr Kind momentan Auffälligkeiten im Verhalten (z. B. Ängste, Schulunlust, Konzentrations-schwierigkeiten, ...) oder leidet es zurzeit an einer körperlichen oder psychischen Erkrankung (z. B. ADHS, ADS)?

14. Wie schätzen Sie die Konzentrationsfähigkeit Ihres Kindes ein?

☐ sehr schlecht ☐ schlecht ☐ neutral ☐ gut ☐ sehr gut

Anmerkungen:

15. Stellen Sie bei Ihrem Kind Konzentrationsschwankungen fest?

☐ nein ☐ ja, starke ☐ ja, sehr starke

Falls ja, bitte um Anmerkung:

16. Gibt es Besonderheiten aus der Grundschulzeit Ihres Kindes (Erkrankung, häufiger Lehrerwechsel etc.)?

17. Gibt es weitere wichtige Besonderheiten, die die Schulpsychologin über Ihr Kind wissen sollte?

Schweigepflichtentbindung

Ich/Wir (Sorgeberechtigte)

Name: 1. Sorgeberechtigte/-r

Anschrift: 1. Sorgeberechtigte/-r

Name: 2. Sorgeberechtigte/-r

Anschrift: 2. Sorgeberechtigte/-r

entbinde/n die Schulpsychologin am GMK StRin Manuela Witte

☒ gegenüber den Lehrkräften der Klasse meines Kindes

☒ gegenüber der Schulleitung des Gymnasiums Karlsfeld

bezüglich der Abklärung einer Lese- und/oder Rechtschreibstörung unserer Tochter/unsere Sohn

Name Ihres Kindes

Anschrift Ihres Kindes

von ihrer Schweigepflicht.

Wir sind uns/ich bin mir dessen bewusst, dass gegenüber den genannten Personen Auskunft gegeben bzw. von diesen eingeholt wird.

Die Schweigepflichtentbindung ist anlassbezogen und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Schulinterne Testungen werden (teils) in Gruppen stattfinden, sofern es der jeweils angewandte Test so vorsieht bzw. zulässt.

(Nicht Gewünschtes bitte streichen.)

Ort, Datum

Unterschrift: 1. Sorgeberechtigte/-r

Ort, Datum

Unterschrift: 2. Sorgeberechtigte/-r