

Liebe Eltern,  
 Sie haben uns beauftragt, Ihr Kind wegen einer eventuell Lese- und/oder Rechtschreib- Störung zu untersuchen. Dabei sind uns Ihre Angaben eine wichtige Hilfe.  
 Wir danken Ihnen, dass Sie sich Zeit nehmen für diese Fragen.

**Zeugnisse:** Bitte fügen Sie Kopien der Zeugnisse der letzten beiden Schuljahre bei.

**Eltern-Fragebogen**

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Klassenleiter/in: \_\_\_\_\_

Name der Eltern \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**1. SCHREIBEN:**

Fehlerzahl (ca. Zahl angeben)	sehr viele	viele	Durchschn	wenige	keine
Diktat (fremde Wörter)					
Abschreiben (von der Tafel)					
Lernwörter (geübte Wörter)					
Freies Schreiben					
Einträge					
Englisch					
Bei den Hausaufgaben					

Mein Kind schreibt vorwiegend:  
 links                       rechts                       wechselnd

Mein Kind führt andere Tätigkeiten vorwiegend aus mit:  
 links                       rechts                       wechselnd

Der Bewegungsablauf beim Schreiben ist:  
 flüssig                       setzt häufig ab                       verkrampft                       sehr langsam

Mein Kind schreibt:  
 gerne                       unbelastet                       ungern                       nur unter Druck

Üben Sie Schreiben mit Ihrem Kind zusätzlich:  
 regelmäßig                       gelegentlich                       kaum                       nicht

Wenn Sie mit Ihrem Kind üben, dann:  
 5-10 min.                       10-15 min.                       15-30 min                       30-60 min.                       länger

Verwechselt Ihr Kind beim Schreiben bestimmte Buchstaben:  
 ja                       nein                       falls ja, welche: \_\_\_\_\_

## 2. LESEN:

Liest Ihr Kind:

- 1:  gerne  freiwillig  nur unter Druck  weiß nicht  
2:  häufig  selten  kaum  weiß nicht

Was liest Ihr Kind überwiegend:

---

Wie liest Ihr Kind

- langsam  stockend  wenige Fehler  sicher  weiß nicht

Versteht Ihr Kind den Inhalt des Gelesenen:

- immer  teilweise  selten  kaum  weiß nicht

Üben Sie Lesen mit Ihrem Kind:

- regelmäßig  gelegentlich  kaum  nicht

Wenn Sie mit Ihrem Kind üben, dann:

- 1:  5-10 min.  10-20 min.  länger  
2: Ablauf des Übens:
- 
- 

## 3. SPRECHEN:

Konnte Ihr Kind alle Laute richtig sprechen, als es in die Schule kam:

- ja  nein

Wenn nein, bei welchen Lauten hatte es Schwierigkeiten?

---

War Ihr Kind schon einmal in logopädischer Behandlung?

- ja  nein

Wenn ja, wie lange und warum?

---

Wie spricht Ihr Kind:

- deutlich  stockend  schnell  leise

## 4. ARBEITSVERHALTEN:

Erledigt Ihr Kind seine Hausaufgaben zuverlässig:

- immer  meistens  selten  nie  weiß nicht

Wie lange sitzt Ihr Kind durchschnittlich an seinen Hausaufgaben?

- unter 30 min.  30-60 min.  60-90 min  länger: \_\_\_\_\_ min

Schiebt es insbesondere schriftliche Aufgaben vor sich her?

- ja  nein  folgende: \_\_\_\_\_

Wie erledigt Ihr Kind seine Hausaufgaben:

---

Wie stark trifft folgendes Verhalten auf Ihr Kind zu? Kreuzen Sie bitte an:

Arbeitsweise	sorgfältig					nachlässig
Anstrengungsbereitschaft	groß					gering
Arbeitstempo	schnell					langsam
Durchhaltevermögen	ausdauernd					gering
Selbstständigkeit	groß					gering
Ordnungsliebe	groß					gering

Wendet Ihr Kind Lern- und Arbeitstechniken an:

(z.B: Zeit einteilen / regelmäßig wiederholen / Wörterbuch benutzen / Wichtiges unterstreichen .....)

regelmäßig       meistens       selten       nie       weiß nicht

Welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. EMOTIONALES UND SOZIALES VERHALTEN:**

Wie stark trifft folgendes Verhalten auf Ihr Kind zu? Kreuzen Sie bitte an:

Stimmungslage	heiter					bedrückt
Selbstvertrauen	groß					gering
Sprechbereitschaft	sprechfreudig					zurückhaltend
Motivation	hoch					niedrig
Schulangst	keine					große
Umgang mit Misserfolg	gelassen					problematisch
Kontakte mit Freunden	viele					wenige
Fühlt sich in der Klasse	wohl					nicht wohl
Wie erklärt sich ihr Kind Erfolg	Glück					Können

**6. MEDIZINISCHES:**

Hadte Ihr Kind besondere Krankheiten, Unfälle oder Entwicklungsstörungen:

ja       nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Augenarzt?

ja       nein

Wenn ja, weshalb?

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine Brille?

ja       nein       trägt sie nur unregelmäßig

Hört Ihr Kind gut?

ja       nein

Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Ohrenarzt?

ja  nein

Wenn ja, weshalb?

---

Ist Ihr Kind derzeit in Behandlung:

ja  nein

Wenn ja, in welcher?

---

### 7. ALLGEMEINES:

Hatte bzw. hat ein Familienmitglied selber erhebliche Lese-/ Rechtschreibprobleme:

nein  ja (wer?) \_\_\_\_\_

Für wie begabt halten Sie Ihr Kind?

sehr begabt  begabt  weniger begabt

Für wie glauben Sie, dass sich Ihr Kind hält?

sehr begabt  begabt  weniger begabt

Steht bzw. stand Ihr Kind in diesem oder dem letzten Schuljahr (ggf. auch schon seit langem )  
unter besonderen seelischen Belastungen?

Tod von nahe stehenden Personen  Umzug  
 starke Geschwisterrivalität  Ehekrisen / Trennung / Scheidung  
 andere: \_\_\_\_\_

Was Sie uns noch sagen wollten:

---

---

### 8. HILFEN:

Was haben Sie bisher ausprobiert, um die Probleme beim Lesen und Schreiben anzugehen?

---

---

Was hat am besten geholfen?

---

---

Welche weiteren Hilfen/schulischen Fördermaßnahmen würden Sie sich für ihr Kind wünschen?

---

---

---

Verwendete Literatur:

Handbuch der Schulberatung 2003 / Akademiebericht der ALP 2000