

Elternfragebogen bei Verdacht auf Lese-Rechtschreib-Störung

(gemäß Art. 52, Abs. 5 BayEUG vom 30.06.2016 und §32 bis §36 BaySchO vom 01.08.2016)

Name des Kindes	Geburtsdatum
Name der Lehrkraft	

Allgemeine Entwicklung

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?
Falls nein, was ist Ihnen aufgefallen?

Sprache

Wann hat Ihr Kind die ersten Wörter gesagt?
Wann hat Ihr Kind Zwei-Wort-Sätze gebildet?
Hat Ihr Kind Probleme, alle Laute auszusprechen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Kind Sprachprobleme (z. B. Stottern)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein; Falls ja, bitte beschreiben:

Motorik

In welchem Alter konnte Ihr Kind seine ersten freien Schritte machen?
In welchem Alter konnte Ihr Kind Dreirad/Laufrad/Fahrrad fahren?
Hat Ihr Kind Probleme beim Schneiden und Malen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein; Falls ja, bitte beschreiben:
Welche Hand benutzt Ihr Kind bevorzugt beim <u>Schreiben</u> und <u>Basteln</u> ? <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> rechts und links <input type="radio"/> links

Hören und Sehen

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Hören? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde das Gehör untersucht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein; Falls ja, was war das Ergebnis?
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Sehen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wurde die Augen untersucht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein; Falls ja, was war das Ergebnis?

Verhalten

Hat Ihr Kind Probleme bei der Konzentration oder Ausdauer sowie Schwierigkeiten, Dinge zu Ende zu führen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Verhält sich Ihr Kind motorisch unruhig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zeigt Ihr Kind ungeduldiges oder impulsives Verhalten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Fernsehen, Computer, Tablets etc.?
Welche besonderen Interessen, Freizeitaktivitäten und Hobbys hat Ihr Kind?

Schulische und häusliche Situation

Geht Ihr Kind gerne zur Schule? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt oder die Schule gewechselt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein; Wenn ja, welche?
Wurde Ihr Kind zurückgestellt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein; Wenn ja, warum?
Wie sind die Schulleistungen? Mathematik <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht Deutsch <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht HSU (GS) <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht Englisch <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> schlecht
Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für die schriftlichen Hausaufgaben?
Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für die mündlichen Hausaufgaben (Lernen etc.)?
Erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Teilweise <input type="radio"/> Nein
Gibt es Konflikte in der Hausaufgabensituation? <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Manchmal <input type="radio"/> Häufig

Weitere Anmerkungen

--

Datum

Unterschrift.....