

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

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Lehrkraft: \_\_\_\_\_

Name der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

## I. Zur Entwicklung des Kindes

**Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten oder Entwicklungsstörungen?**

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

**Hat Ihr Kind eine Sprachauffälligkeit (z. B. Stottern, Lispeln, undeutliche Aussprache, ...)**

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

**Ich war mit meinem Kind bereits**

- beim Augenarzt (Befund: \_\_\_\_\_)  
 bei der Sehschule (Befund: \_\_\_\_\_)  
 beim Ohrenarzt (Befund: \_\_\_\_\_)  
 beim Pädaudiologen (Befund: \_\_\_\_\_)  
 beim Logopäden (Befund: \_\_\_\_\_)  
 beim Ergotherapeuten (Befund: \_\_\_\_\_)  
 beim Psychotherapeuten (Befund: \_\_\_\_\_)  
 beim Kinder- und Jugendpsychiater (Befund: \_\_\_\_\_)

**Wie beurteilen Sie die Feinmotorik Ihres Kindes? Bitte Zutreffendes ankreuzen.**

	1 (= sehr gut)	2	3	4	5 (= sehr schlecht)
<b>malen</b>					
<b>schneiden</b>					
<b>schreiben</b>					
• Einhaltung der Buchstabenform					
• Einhaltung der Lineatur					
• Orientierung auf dem Blatt					

**Welche Hand benutzt Ihr Kind?**

	links	rechts
Welche Hand benutzt Ihr Kind im Allgemeinen vorwiegend?		
Welche Hand benutzt Ihr Kind zum Malen und Schreiben		
Welche Hand benutzt Ihr Kind zum Schneiden?		

## II. Lebensumstände

**Besuchte Ihr Kind den Kindergarten?**

- ja, \_\_\_\_\_ Jahre  
 nein

**Haben Erzieherinnen Auffälligkeiten bei Ihrem Kind festgestellt?**

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

**Liegen Ihnen Ergebnisse des Bielefelder Screenings (BISC) vor?**

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

**Hat Ihr Kind Geschwister?**

- ja, nämlich \_\_\_\_\_
- nein

**Trifft sich Ihr Kind regelmäßig mit Gleichaltrigen außerhalb der Schule?**

- ja, häufig
- eher selten

**Welche besonderen Interessen hat Ihr Kind?**

**III. Schulzeit**

**Hat Ihr Kind Probleme im Lesen?**

- nein
- ja, seit \_\_\_\_\_
  - Schwierigkeiten beim Zusammenlesen
  - Schwierigkeiten im Sinnverständnis
  - erhöhter Übungsbedarf

**Hat Ihr Kind Probleme beim Rechtschreiben?**

- nein
- ja, seit \_\_\_\_\_
  - Probleme beim Abschreiben
  - Schwierigkeiten beim Einprägen und Anwenden von Rechtschreibregeln
  - erhöhter Übungsbedarf

**Geht Ihr Kind gern zur Schule?**

- ja
- nein

**Wie beschreiben Sie die Hausaufgabensituation Ihres Kindes?**

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?

- ja
- teilweise
- nein

Gibt es Konflikte in der Hausaufgabensituation?

- eigentlich nicht
- manchmal
- häufig

**IV. Sprachlicher Bereich**

**In welchem Alter begann Ihr Kind zu sprechen?**

- vor dem Alter von 12 Monaten
- zwischen 12 und 18 Monaten
- später: \_\_\_\_\_ Monaten

**Konnte Ihr Kind alle Laute richtig sprechen, als es zur Schule kam?**

- ja
- nein
  - undeutliche Aussprache
  - stockendes, abgehacktes Sprechen
  - Verwechslung von Lauten

## V. Bereits erfolgte Fördermaßnahmen

- Frühförderung
- Nahm Ihr Kind im Kindergarten am Förderprogramm „Hören, Lauschen, Lernen“ teil?
- LRS-Kurs
- Ergotherapie
- Logopädie
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## VI. Allgemein

Was liegt Ihnen in diesem Zusammenhang noch am Herzen?

---

---

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_