



Elternfragebogen

zur Erfassung von Vorinformationen bei Lese-Rechtschreib-Störung

Name des Kindes: _____ geb.: _____
Name des Erziehungsberechtigten: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Schule: _____ Klasse: _____

1. Beobachten Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten

O im Lesen O im Rechtschreiben?

Seit wann und in welchen Fächern? _____

2. Wurde die Lese-/Rechtschreibleistung bereits durch eine Testuntersuchung überprüft?

Wenn ja, wann und von wem?

3. Wurde bisher schon einmal ein Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz für die Lese-Rechtschreibschwierigkeiten gewährt? O ja O nein

Wenn ja, für eine

O Lesestörung O Rechtschreibstörung O Lese-Rechtschreib-Störung

In welchen Jahrgangsstufen? _____

4. Hat Ihr Kind schon einmal an einem Lese-/Rechtschreibkurs oder an einer Lese-Rechtschreib-Therapie teilgenommen? O ja O nein

Wann? _____

Bei wem? _____

Wie lange? _____

5. Gibt es noch weitere Familienmitglieder, die Probleme im Lesen bzw. in der Rechtschreibung haben oder hatten?

6. Zeigt Ihr Kind momentan Auffälligkeiten im Verhalten (z.B. Ängste, Konzentrationsschwierigkeiten...) oder leidet es momentan an körperlichen oder psychischen Erkrankungen?

7. Weist die bisherige Schullaufbahn Ihres Kindes Besonderheiten auf (z.B. spätere Einschulung, Wiederholen, freiwilliger Rücktritt, Schulschwierigkeiten...)?

Wenn ja, welche und wann?

Beobachtungen bei den Hausaufgaben:

	sehr gut	gut	durchschnittlich	schlecht	sehr schlecht
Rechtschreibung					
Lautes Vorlesen					
Textverständnis					
Arbeitstempo					
Konzentration					
Lust					
Zuverlässigkeit					
Ordnung					
Selbständigkeit					
Richtigkeit					

8. Benötigt nach Ihrer Einschätzung Ihr Kind einen Zeitzuschlag bei Schulaufgaben und Stegreifaufgaben?

Nein Ja - in den Fächern: _____

Schweigepflichtentbindung

Bitte Nichtzutreffendes streichen! Ggf. Namen ergänzen!

Für die Begutachtung der Lese-Rechtschreibschwierigkeiten meines Sohnes/meiner Tochter entbinde ich als Erziehungsberechtigte(r) die Staatliche Schulpsychologin/den Staatlichen

Schulpsychologen Frau/Herr _____ und die folgenden

Personen von der gegenseitigen Schweigepflicht:

- ✓ **Lehrkräfte**, die das Kind unterrichten
- ✓ **Schulleitung der Realschule**, die das Kind besucht
- ✓ **Fachärztin/Facharzt** für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychologin/Psychologe
Frau/Herr _____
- ✓ **ggf. weitere Personen** – Frau/Herr _____

Ort, Datum

Unterschrift