



**Liebe Eltern,**

**Sie haben uns beauftragt, Ihr Kind wegen einer eventuell vorliegenden Lese-Rechtschreibstörung zu untersuchen. Dabei sind uns Ihre Angaben eine wichtige Hilfe. Wir danken Ihnen, dass Sie sich Zeit nehmen für diese Fragen! Sie können natürlich Unzutreffendes streichen oder zusätzliche Informationen ergänzen.**

<b><u>Eltern-Fragebogen</u></b>	
Name des Kindes: _____	geb. am: _____
Schule: _____	Klasse: _____
Klassenleiter/in: _____	
Name der Erziehungsberechtigten: _____	
Anschrift: _____	
Telefon: _____	
E-Mail: _____	

**1. SCHREIBEN:**

Wie viele Fehler macht Ihr Kind bei ...	sehr viele	viele	durchschnittlich	wenige	keine
... freiem Schreiben (z. B. Aufsatz)?					
... einem diktierten Text?					
... abgeschriebenem Text?					
... Englisch?					

Mein Kind schreibt vorwiegend:

- links
  rechts
  wechselnd

Wie oft üben Sie mit Ihrem Kind Rechtschreiben?

- gar nicht
  1 - 2 x pro Woche
  3 - 4 x pro Woche
  täglich

Wenn Sie mit Ihrem Kind üben, dann:

- 5 - 10 min.
  10 - 20 min.
  länger

Beobachtungen:

---



---

## 2. LESEN:

Mein Kind liest:

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

Was liest Ihr Kind überwiegend:

---

---

Üben Sie Lesen mit Ihrem Kind?

- gar nicht  1 - 2 x pro Woche  3 - 4 x pro Woche  täglich

Wenn Sie mit Ihrem Kind üben, dann:

- 5 - 10 min.  10 - 20 min.  länger

Beobachtungen:

---

---

## 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?

---

---

## 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 und wo erledigt Ihr Kind seine Hausaufgaben:

---

---

<b>Wie stark trifft folgendes Verhalten auf Ihr Kind zu? Kreuzen Sie bitte zwischen den Begriffen an, wie Sie Ihr Kind einschätzen:</b>							
Arbeitsweise	<i>sorgfältig</i>						<i>nachlässig</i>
Anstrengungsbereitschaft	<i>groß</i>						<i>gering</i>
Arbeitstempo	<i>schnell</i>						<i>langsam</i>
Durchhaltevermögen	<i>ausdauernd</i>						<i>gering</i>
Selbstständigkeit	<i>groß</i>						<i>gering</i>
Ordnungsliebe	<i>groß</i>						<i>gering</i>
Motivation	<i>hoch</i>						<i>gering</i>

<b>5. EMOTIONALES UND SOZIALES VERHALTEN: Wie stark trifft folgendes Verhalten auf Ihr Kind zu? Kreuzen Sie bitte an:</b>							
Stimmungslage	<i>heiter</i>						<i>bedrückt</i>
Selbstvertrauen	<i>groß</i>						<i>gering</i>
Sprechbereitschaft	<i>sprechfreudig</i>						<i>zurückhaltend</i>
Schulangst	<i>keine</i>						<i>große</i>
Umgang mit Misserfolg	<i>gelassen</i>						<i>problematisch</i>
Kontakte mit Freunden	<i>viele</i>						<i>wenige</i>
Fühlt sich in der Klasse	<i>wohl</i>						<i>nicht wohl</i>

**6. MEDIZINISCHES:**

Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten, Unfälle oder Entwicklungsstörungen:  
 ja                       nein  
 Wenn ja, welche?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Haben Sie deshalb schon andere Beratungsstellen/Ärzte aufgesucht?  
 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 irgendeiner Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, in welcher?

---

---

### **7. ALLGEMEINES:**

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

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

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

- Tod von nahestehenden Personen  Umzug  
 starke Geschwisterrivalität  Ehekrisen / Trennung / Scheidung  
 andere: \_\_\_\_\_

**Gewünschter Schulabschluss:** \_\_\_\_\_

### **8. HILFEN:**

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

---

---

Was hat am besten geholfen?

---

---

Welche Hilfen würden Sie sich wünschen?

---

---

**Was ich sonst noch mitteilen möchte (Sie können auch die Rückseite nutzen!):**

---

---

***Vielen Dank für Ihre Mühe!***