



Elternfragebogen

zur Erfassung von Vorabinformationen bei Lese-Rechtschreibstörung

Name des Kindes: _____ geb.: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Schule: _____ Klasse: _____

1. **Beobachten Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten**

☐ im Lesen

☐ 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?** ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, für eine

☐ Lesestörung

☐ Rechtschreibstörung

☐ Lese-Rechtschreib-Störung

In welchen Jahrgangsstufen? _____

4. **Hat Ihr Kind schon einmal an einem Lese-/Rechtschreibkurs oder eine Lese-/Rechtschreib-therapie teilgenommen?** ☐ ja ☐ 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					
Arbeitstempo					
Konzentration					
Lust					
Zuverlässigkeit					
Ordnung					
Selbständigkeit					
Richtigkeit					

8. **Benötigt nach Ihrer Einschätzung Ihr Kind einen Zeitzuschlag bei**

☐ Schulaufgaben (Fächern: _____) ☐ Stegreifaufgaben (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 Frau Hoose und die folgenden Personen von der gegenseitigen Schweigepflicht:

- ☐ **Lehrkräfte**, die das Kind unterrichten
- ☐ **Schulleitung der Realschule**, die das Kind besucht
- ☐ Schulpsychologin/Schulpsychologe, der vorherigen Schule (nur bzgl. Lese-Rechtschreib-Störung)
- ☐ **Fachärztin/Facharzt** für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychologin/Psychologe Frau/Herr _____
- ☐ **ggf. weitere Personen** – Frau/Herr _____

Ort, Datum

Unterschrift