

Erhebungsbogen für rechenschwache Schülerinnen und Schüler / Elternfragebogen

Datum: _____

Name der Eltern: _____

Familienname des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

geboren am: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstlich: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Schule und Schulart: _____

Klasse: _____

Klassenlehrer(in) und
Telefon: _____

Mathematiklehrer(in) und
Telefon: _____

**Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen sorgfältig aus!
(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

1. Ist Ihr Kind schon einmal auf Rechenschwäche hin untersucht worden?

ja nein

wann? _____

von wem? _____

Ergebnis: _____
(Unterlagen bitte möglichst beilegen)

Welcher Arzt betreut Ihr Kind? _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

2. Während der Schwangerschaft

Komplikationen? nein ja
wenn ja, welche?

Rauchen während der Schwangerschaft? nein ja

Einnahme von Medikamenten? nein ja

Längere Bettruhe? nein ja

Plazenta-Insuffizienzen? nein ja

Virus-Erkrankung der Mutter? nein ja

Mutter ist Diabetikerin? nein ja

andere Belastungen, z. B. Alkohol, Stress nein ja

3. Während der Geburt

Saugglockengeburt? nein ja

Zangengeburt? nein ja

Sauerstoffmangel? nein ja

Nabelschnur um den Hals? nein ja

Frühgeburt mit 7 Monaten? nein ja

Frühgeburt mit 8 Monaten? nein ja

Brutkasten?
wenn ja, wie lange? nein ja

Frühzeitiger Blasensprung? nein ja
Fruchtwasser grün? nein ja
Kaiserschnitt? nein ja
Kaiserschnitt mit Komplikationen?
wenn ja, welche? nein ja

Andere Belastungen?
wenn ja, welche? nein ja

4. Frühkindliche Entwicklung

Wurde gestillt?
wenn ja, wie lange? ja nein

Normale Laut- und Lallphase? ja nein

Sprechenlernen (1. Sätze) mit:
 1,5 Jahre
 2 Jahre
 3 Jahre
 4 Jahre

Zahn- oder Kieferregulierung während des Sprechenlernens? nein ja

War eine Sprachtherapie nötig? nein ja

Wurden alle Laute bei Schuleintritt beherrscht? ja nein

Schwierigkeiten bei S-Lauten? nein ja

Spricht das Kind heute undeutlich? nein ja

Stottert das Kind heute? nein ja

Lispelt das Kind heute? nein ja

Zwei- oder mehrsprachig aufgewachsen? nein ja

5. Hals-, Nasen-Ohrenbereich

Als Kleinkind häufig Mittelohrentzündung? nein ja

Haben Sie den Eindruck, dass das Kind manchmal nicht
deutlich hört?
wenn ja, wie macht wie macht sich das bemerkbar? nein ja

Besonders geräuschempfindlich? nein ja

Wurden Röhren eingesetzt? nein ja

Wurden Polypen entfernt? nein ja

Waren Sie mit dem Kind schon einmal beim Hals-, Nasen-
Ohrenarzt?
wenn ja, wann? nein ja

bei wem?

Ergebnis bzw. Diagnose?

6. Allgemeine Gesundheitsentwicklung

Schwerwiegender Keuchhusten? nein ja

Meningitis? nein ja

Schwerwiegender Scharlach? nein ja

Schwerwiegende Diphtherie? nein ja

Unfall mit schwerwiegenden Verletzungen v. a. im Kopfbereich? nein ja

Hat Ihr Kind Diabetes? nein ja

Allergien?
wenn ja, welche? nein ja

Neurodermitis? nein ja

Wird das Kind mit einer Diät ernährt?
wenn ja, mit welcher? nein ja

Wurde bei dem Kind eine der folgenden Diagnosen gestellt?
ADS nein ja
ADHS nein ja
wenn ja, wann?

von wem?

Dauermedikamente als Kleinkind gegen:

Dauermedikamente heute gegen:

allgemeiner Gesundheitszustand:

- gut
 mittel
 schlecht

Leidet Ihr Kind häufig unter:

- Kopfschmerzen
 Magenschmerzen

7. Frühkindliche Entwicklung im Sehbereich

Waren Sie schon einmal mit Ihrem Kind beim Augenarzt?
wenn ja, bei wem?

- nein ja

wann?

Ergebnis bzw. Diagnose:

Sehen im Nahbereich:

- gut
 schlecht

Sehen im Fernbereich:

- gut
 schlecht

Schielen, v. a. verdecktes Schielen im Nahbereich:

- nein ja

Häufiges Augenreiben?

- nein ja

Häufiges Augentränen?

- nein ja

Farbenblind?

- nein ja

Nachtblind?

- nein ja

Brillenträger für den Nahbereich?

- nein ja

Brillenträger für den Fernbereich?
anderes:

- nein ja

8. Entwicklung in der Grob- und Feinmotorik

- Als Säugling auf dem Bauch gelegen? ja nein
- Krabbelpphase durchlaufen? ja nein
- Laufen gelernt mit ca. 1 Jahr
 1,5 Jahre
 später
- Körperbeherrschung eher: geschickt
 normal
 ungeschickt
- Handgeschicklichkeit eher: geschickt
 normal
 ungeschickt
- Gleichgewichtsstörungen? nein ja
- Fähigkeit zum Balancieren? ja nein
- Kann es sicher auf einem Bein stehen? ja nein
- Kann es Fahrrad fahren? ja nein
- Wird es leicht schwindlig z. B. beim Schaukeln? nein ja
- Kann es eine Nähnadel normal einfädeln? ja nein
- Kann es mit einer Schere umgehen? ja nein
- Bekam Ihr Kind Heil- oder Krankengymnastik?
wenn ja, wann? nein ja

wo?

Welcher Art?

- Dennison – Koordinationsübungen (Überkreuz-Übungen)? nein ja
wenn ja, bei wem?
-

wie lange? (Vorhandene Unterlagen bitte beilegen.)

9. Fragen zur Rechts-Linkshändigkeit

- Wann konnte Ihr Kind sicher rechts – links unterscheiden? Vorschulzeit
 Grundschulzeit
 heute noch nicht

- Eindeutiger Rechtshänder? ja nein
- Eindeutiger Linkshänder? nein ja
- Wechselt es hin und her nein ja
- War es Linkshänder und wurde umgestellt? nein ja
- Ähnliche Schwierigkeiten bei den Eltern? nein ja

10. Fragen zur Konzentration

- Konzentrationsfähigkeit heute eher: gut
 mittel
 schlecht

Bei welchen Tätigkeiten am besten?

Bei welchen Tätigkeiten am schlechtesten?

- Ist Ihr Kind auffallend zappelig? nein ja
- Ist es auffallend langsam? nein ja
- Schläft es ausreichend? ja nein
- Hat es Einschlafschwierigkeiten
wenn ja, nein ja
 selten
 häufig
- Hat es Durchschlafschwierigkeiten?
wenn ja, nein ja
 selten
 häufig

11.

Mögliche besondere psychische und/oder familiäre Belastungen, die den Schüler am Lernen hindern könnten? nein ja

Bitte nutzen Sie für Ihre Antwort Seite 15.

(Auf Wunsch auch nur persönliches Gespräch darüber!)

12. Pränumerischer Bereich

Ist das Kind in der Lage, eine Menge von z. B. fünf Murmeln ganzheitlich, das heißt „auf einen Blick“ zu erfassen?

ja nein

Ist das Kind in der Lage, die Zuordnung einer Menge von z. B. fünf Murmeln zu dem Zahlwort „fünf“ und der Ziffer „5“ vorzunehmen?

ja nein

Ist das Kind in der Lage, eine Eins-zu-Eins-Zuordnung vorzunehmen, z. B. einem Gedeck ein Glas, einen Teller, ein Messer etc. zuzuordnen?

ja nein

Welche der folgenden mathematischen Begriffe werden sicher benutzt?

größer / kleiner
 mehr / weniger
 breiter / schmaler
 doppelt / halb
 erster / letzter

Welche der folgenden Zeitbegriffe werden sicher benutzt?

vorher / nachher
 gestern / heute / morgen
 vor einer Woche / in einem Jahr

13. Merkfähigkeit

Die allgemeine Merkfähigkeit des Kindes ist:

gut
 normal
 schlecht

Merkfähigkeit beim Erlernen des Einmaleins?

gut
 normal
 schlecht

Gibt es Probleme durch Vertauschen von Einern und Zehnern, z. B. Zahlendreher (14 statt 41)?

nein Ja

14. Frühere Förderung

Hat das Kind schon früher Rechenförderung erhalten?

nein ja

wenn ja, bei wem?

wie lange?

Hat Ihr Kind andere Förderungen erhalten?

nein ja

Schalltherapie / Hörtraining

nein ja

wenn ja, bei wem?

wie lange?

Tomatiskassetten
wenn ja, durch wen?

nein ja

wie lange?

13. Familiäre Situation

Ihr Kind lebt bei:

- Eltern
- Mutter
- Vater
- Großeltern
- im Heim
- Pflege- oder
Adoptiveltern
- anderen
Personen

Ihr Kind wird vorwiegend betreut von:

- Mutter
- Vater
- Großeltern
- Kinderfrau
- anderen
Personen

Beruf des Vaters:

Ist er berufstätig?
wenn ja:

- nein ja
- Vollzeit
- Teilzeit

Beruf der Mutter:

Ist sie berufstätig?
wenn ja:

- nein ja
- Vollzeit
- Teilzeit

Ist ein Elternteil verstorben?

nein ja

Leben die Eltern getrennt?

nein ja

wenn ja, hat eine Wiederheirat der Eltern stattgefunden?

nein ja

Geschwister:

Hat das Kind Geschwister? nein ja
wenn ja, ergänzen Sie bitte nachfolgende Punkte:

Name(n):	Geburtsjahr:	Schulbildung:	Schwierigkeiten beim: Lesen / Rechnen Recht- schreiben			
_____	_____	_____	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Haben Sie den Eindruck, dass das Kind in Konkurrenz zu seinen Geschwistern steht? nein ja

Hat das Kind genügend Freunde? ja nein

Sind bei dem Kind Erziehungsschwierigkeiten aufgetreten? nein ja

Haben Sie schon einmal wegen des Kindes eine Erziehungsberatungsstelle oder Psychologen aufgesucht?
wenn ja, wann? nein ja

welche?

Hobbys des Kindes?

Wie lang sieht das Kind durchschnittlich fern? gar nicht
 ½ Stunde
 1 Stunde
 2 Stunden
 3 Stunden
 4 Stunden

In welchem Alter hat das Kind erstmals ferngesehen? 1 – 2 Jahre
 3 – 5 Jahre
 6 Jahre und älter

15. Und nun nennen Sie bitte die Stärken Ihres Kindes und schildern Sie kurz, was Sie an Ihrem Kind besonders schätzen und mögen:

16. Fragen zu unserem Kursangebot in Ahrensburg

Geben Sie uns bitte an, an welchen Tagen Ihr Kind ganz dringende unverschiebbare Termine hat!

Kreuzen Sie an, welche Wünsche Sie an uns haben:

- dienstags
- donnerstags

(Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht jeden Wunschtermin berücksichtigen können.)

Zusatznotizen:

(Unterschrift der Eltern)

(Name der Beratungslehrkraft)

Diese Seite wird von der Beratungslehrkraft ausgefüllt!

Mögliche Beeinträchtigungen des Schülers / der Schülerin:

- leibliche Familienangehörige mit ähnlichen Lese-Rechtschreibschwierigkeiten / Rechenschwäche
- Schwangerschaft
- Geburt
- Sprachbereich
- Sehbereich
- Hörbereich
- Feinmotorik
- Grobmotorik
- keine Krabbelphase
- Gleichgewichtsstörungen
- Lateralitätsproblem / Wechsel der Händigkeit
- falschen Buchstabensequenzen
- Linkshänder
- hyper- /hypoaktiv / Konzentrationsprobleme
- M. C. D.
- Allergien
- besondere psychische Belastungen
- schlechter Gesundheitszustand
- andere Beeinträchtigungen

