

## Elternfragebogen

Liebe Eltern,  
die folgenden Seiten sollen dazu dienen, über die Lese- und Rechtschreibfähigkeiten Ihres Kindes zu bekommen.  
Bitte beantworten Sie die Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Selbstverständlich werden die Informationen  
vertraulich behandelt. Danke, dass Sie sich dafür Zeit nehmen.

<b>Name des Kindes</b> _____	<b>geb. am</b> _____
<b>Schule</b> _____	<b>Klasse</b> _____
<b>Klassenleiter/in:</b> _____	

### SCHREIBEN:

Fehlerzahl	sehr viele	viele	wenige	keine
Fehlerzahl allgemein				
Diktat				
Freies Schreiben/ Aufsatz				
Abschreiben				
Nachschrift				
Englisch				

### Schreiben

Mein Kind schreibt vorwiegend:

- links                       rechts                       wechselnd

Mein Kind führt andere Tätigkeiten vorwiegend aus mit:

- links                       rechts                       wechselnd

Der Bewegungsablauf beim Schreiben ist:

- flüssig                       setzt häufig ab                       verkrampft                       sehr langsam

Mein Kind schreibt:

- gerne                       unbelastet                       ungern                       nur unter Druck

Üben Sie Schreiben mit Ihrem Kind zusätzlich?

- regelmäßig                       gelegentlich                       kaum                       nicht

Wenn Sie mit Ihrem Kind üben, dann:

- 5-10 min.     10-15 min.     15-30 min.     30-60 min.     länger

Verwechselt Ihr Kind beim Schreiben bestimmte Buchstaben?

- ja                       nein

Wenn ja, welche?

---

**LESEN:**Liest Ihr Kind:

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

Was liest Ihr Kind überwiegend?  

---

Wie liest Ihr Kind?

- langsam  stockend  wenige Fehler  sicher  weiß nicht

Versteht Ihr Kind den Inhalt des Gelesenen?

- immer  teilweise  selten  kaum  weiß nicht

Üben Sie Lesen mit Ihrem Kind?

- regelmäßig  gelegentlich  kaum  nicht

Wenn Sie mit Ihrem Kind üben, dann:

- 1:  5-10 min.  10-20 min.  länger

2: Ablauf des Übens:  

---

---

**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?  

---

Wie spricht Ihr Kind?

- deutlich  stockend  schnell  leise

**ARBEITSVERHALTEN:**Wie 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

Wie erledigt Ihr Kind seine Hausaufgaben?

Wie stark trifft folgendes Verhalten auf Ihr Kind zu? Kreuzen Sie bitte an:

<b>Arbeitsweise</b>	sorgfältig					nachlässig
<b>Anstrengungsbereitschaft</b>	groß					gering
<b>Arbeitstempo</b>	schnell					langsam
<b>Durchhaltevermögen</b>	ausdauernd					gering
<b>Selbstständigkeit</b>	groß					gering
<b>Ordnungsliebe</b>	groß					gering

Wendet Ihr Kind Lern- und Arbeitstechniken an?

(z. B.: Zeit einteilen / regelmäßig wiederholen / Wörterbuch benutzen / Wichtiges unterstreichen .....)

regelmäßig       meistens       selten       nie       weiß nicht

Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EMOTIONALES UND SOZIALES VERHALTEN:**

Wie stark trifft folgendes Verhalten auf Ihr Kind zu? Kreuzen Sie bitte an:

<b>Stimmungslage</b>	heiter					bedrückt
<b>Selbstvertrauen</b>	groß					gering
<b>Schulangst</b>	keine					große
<b>Umgang mit Misserfolg</b>	gelassen					problematisch
<b>Kontakte mit Freunden</b>	viele					wenige
<b>Fühlt sich in der Klasse</b>	wohl					nicht wohl
<b>Wie erklärt sich Ihr Kind Erfolg?</b>	mit Glück					mit Können
<b>Sprechbereitschaft</b>	sprechfreudig					zurückhaltend

**MEDIZINISCHES:**

Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten, Unfälle oder Entwicklungsstörungen?

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

Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal beim Ohrenarzt?

ja  nein

Wenn ja, weshalb?

---

Hört Ihr Kind gut?

ja  nein

Ist Ihr Kind derzeit in Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, in welcher?

---

**ALLGEMEINES:**

Hatte bzw. hat ein Familienmitglied selber erhebliche Lese-/ Rechtschreibprobleme?

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

Für wie begabt halten Sie Ihr Kind?

sehr begabt  begabt  weniger begabt

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

Tod von nahe stehenden Personen  Umzug  
 starke Geschwisterrivalität  Ehekrisen / Trennung / Scheidung  
 andere: \_\_\_\_\_

Was Sie uns noch sagen wollten:

---

---

**HILFEN:**

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

---

---

Was hat am besten geholfen?

---

Welche Hilfen würden Sie sich wünschen?

---

---

---