

Elternfragebogen

Liebe Eltern,

um die Therapie Ihres Kinds effektiv zu gestalten, bitte ich Sie diesen Fragebogen zu beantworten. Bitte kreuzen Sie zutreffendes an bzw. schreiben Sie möglichst ausführliche Informationen in die entsprechenden Zeilen. Sollte Ihr Kind sich bei verschiedenen Bezugspersonen unterschiedlich verhalten, so tragen Sie dies bitte mit verschiedenen Farben ein!

ausgefüllt von (blau) _____ ausgefüllt von (rot) _____

Bitte bedenken Sie: Sie qualifizieren Ihr Kind durch die Beantwortung der Fragen nicht ab, sondern geben uns wichtige Informationen für eine erfolgreiche Therapie!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass _____ Einblick in die pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen meines Kindes nehmen darf. Zu diesem Zweck dürfen außerdem Gespräche mit entsprechenden Personen stattfinden.

Weiterhin können diagnostische Unterlagen (z.B. Befunde, Berichte, Videoaufnahmen, ...) unter Einhaltung des Datenschutzes verwendet werden für:

Diagnostik Teambesprechungen wissenschaftliche Erhebung Lehrzwecke

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Behandlungsauftrag:

Welche Erwartungen haben Sie als Eltern an die Therapie?	
Welche Erwartungen hat Ihr Kind an die Therapie?	
Welche Erwartungen hat der Arzt?	

Stammdaten:

Name des Kindes:	
Geburtsdatum :	
Diagnose des Arztes:	
Kinderarzt / überweisender Arzt:	
<hr/>	
Name des Vaters:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefon:	
Beruf:	
<hr/>	
Name der Mutter:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefon:	
Beruf:	
<hr/>	
Geschwister: (Name + Geburtsdatum)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/>	
Aktuelle Einrichtung mit Telefonnummer: (Kindergrippe / Tagesmutter, Kindertagesstätte, Grundschule, Förderschule, Gesamtschule, Gymnasium, Integrationsplatz)	
<hr/>	
Interfamiliäre Situation: (zusammenlebend, getrenntlebend, Wechselmodell, ...)	

Allgemeine Fragen:

Organische Untersuchungen: (Gehör, Mittelohrinfekte, Augen, organische Beeinträchtigungen)	
Wichtige Erkrankungen: (häufige Erkältungen, Stürze / Unfälle, Hirnhautentzündungen, Krankenhausaufenthalt, Allergien, Medikamente)	
Durchgeführte Tests: (Intelligenztests, Motoriktest, Schulreifetest, Konzentrationstest, ...)	
Krankheiten / Auffälligkeiten in der weiteren Familie: (Legasthenie, LRS, Dyskalkulie, Entwicklungsverzögerungen, ADS, ADHS, Behinderungen, Anfallsleiden, Allergien, Stoffwechselerkrankungen, ...)	
Bisherige Therapien: (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Frühförderung, psychologische Untersuchungen, ...)	

Entwicklung des Kindes:

Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder im Verhalten des Neugeborenen und Säuglings?	
Motorische Entwicklung: (Drehen, Krabbeln, Laufen, Treppe steigen, Fahrrad fahren, Ball fangen, Einbeinstand, ...)	

<p>Körperliche Geschicklichkeiten:</p> <p>(Zehenspitzenengang, unabsichtliches Zerbrechen von Dingen, häufiges Stoßen, tollpatschig, ungeschickt, Schaukeln, Rutschen, Turnen, Kraft,..)</p>	
<p>Spielt es lieber Draußen oder Drinnen? und Womit?</p>	
<p>Womit spielt das Kind gern?</p>	
<p>Beweget sich Ihr Kind viel, stark und schnell?</p>	
<p>Mundmotorik / Sprache:</p> <p>(verständliche Sprache, Stottern, spricht wenig oder viel, nimmt alles ungewöhnlich lange in den Mund, Wortschatz, nur bestimmtes Essen, spricht Laute nicht richtig aus, ...)</p>	
<p>Hörempfinden / Sprachwahrnehmung:</p> <p>(Liedtexte / Reime Wiedergabe schwierig?, meidet laute Gruppen, geräuschempfindlich, leichten Rhythmus nachklatschen, Teile von Anweisungen rasch wieder vergisst, Anweisungen nicht mitbekommt, Sätze nur unvollständig nachsprechen, ...)</p>	
<p>Malentwicklung:</p> <p>(drückt sehr auf, malt ungern, malt stetig dasselbe, , beschäftigt sich intensiv mit Papier und Stift, kann Puzzles nicht altersgerecht ausführen, Links / Rechts-Problematik, ...)</p>	
<p>Sozialkontakte:</p> <p>(spielt mit gleichaltrigen, kann kaum Kontakte herstellen, Einzelgänger, kaum Freunde, traut sich in der Gruppe wenig, wenig Blickkontakt, „Klassenclown“, mehr jüngere oder ältere Kinder als Spielgefährten, traut sich in der Gruppe wenig zu, ...)</p>	
<p>Verhalten:</p> <p>(ständig zappelig, dauernd in Bewegung, unaufmerksam, abgelenkt, kurze Aufmerksamkeitsspanne, bringt angefangenes kaum zu Ende, leicht reizbar, aggressiv, neigt zu Wutausbrüchen, stört andere beim Spielen/Lernen, Stimmung wechselt schnell, geringes Selbstwertgefühl, kaspert, „Kann ich nicht!“-Haltung, Tagträumen, ...)</p>	

Schulische Situation:

<p>Lesen:</p> <p>(langsam, stockend, versteht nicht das Gelesene, verwechselt Buchstaben, verrutscht häufig in der Zeile, liest teilweise rückwärts oder vergisst Buchstaben, Buchstabendreher, ...)</p>	
<p>Abschreiben:</p> <p>(Probleme beim Linie einhalten, Arbeitstempo langsam, unverhältnismäßige viele Fehler, verdreht Buchstaben beim Abschreiben oder Zahlen, Schreibrichtung von rechts nach links, überspringt Worte, Probleme von der Tafel abzuschreiben, ...)</p>	
<p>Schrift:</p> <p>(ermüdet schnell, unsauber, krakelig, verkrampft beim Schreiben, hat Mühe mit dem Füller zu schreiben, ...)</p>	
<p>Wie beurteilt die Lehrkraft das Schriftbild Ihres Kindes?</p>	
<p>Wie sind die Leistungen im Diktat?</p>	
<p>Rechnen:</p> <p>(mit Fingern, langsam, zählt Zahl für Zahl, benötigt Hilfsmittel beim Zählen, wirkt unstrukturiert, Probleme Textaufgaben zu lösen, Probleme geometrisch Formen zu erkennen /umzugehen?, ...)</p>	
<p>Hausaufgaben:</p> <p>(weiß nicht was es auf hat, Hausaufgabenheft unvollständig, beginnt erst nach langen Diskussion, ...)</p>	
<p>In welchen Fächern benötigt Ihr Kind Hilfe?</p>	
<p>Von wem erhält Ihr Kind Hilfe?</p>	
<p>Wie lange braucht Ihr Kind im Durchschnitt für die Hausaufgaben?</p>	