



Über die Leitung der GS/ MS	
(ggf. über die Beratungslehrkraft)	
<b>an den/die staatl. Schulpsychologen/in</b>	

## Anmeldung zur Überprüfung einer möglichen Lese-Rechtschreib-Störung

gemäß Art. 52, Abs.5 BayEUG vom 30.06.2016 und §32 bis §36 BaySchO vom 01.08.2016

**Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung unseres Kindes einverstanden.**

### Sorgeberechtigte

	Sorgeberechtigte*r 1	Sorgeberechtigte*r 2	
<b>Vor- und Nachname</b>			
<b>Straße, Hausnummer</b>		<input type="checkbox"/> identisch	
<b>PLZ, Ort</b>		<input type="checkbox"/> identisch	
<b>Telefon/Handynummer</b>			
<b>E-Mail</b>			
<b>Kind lebt bei?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Muttersprache</b>			
<b>Übersetzer*in gewünscht?</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein	

#### Eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung

- hat noch nicht stattgefunden.
- ist bereits terminlich vereinbart.

Praxisname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

- hat bereits stattgefunden. Ich lege alle Unterlagen in Kopie bei.

**Um Doppeltestungen zu vermeiden, senden Sie die Ergebnisse bitte direkt an die staatl. Schulpsychologin.**

#### Eine schulpsychologische Untersuchung

- hat noch nicht stattgefunden.
- hat bereits stattgefunden. Name des/der Schulpsychologen\*in:

\_\_\_\_\_

**Mit einer Weitergabe der Akten zur Vermeidung von Doppeltestungen bin ich einverstanden.**

**Schweigepflichtentbindungen****Nicht Zutreffendes bitte streichen!**

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Schulpsychologin zum Zwecke der Beratung von folgenden Personen Informationen, Daten und Testergebnissen einholen und an diese weitergeben darf:

- ✓ Lehrkräfte und Schulleitung der Schule
- ✓ Beratungslehrkraft, Lehrkraft des zuständigen mobilen sonderpädagogischen Dienstes (MSD)
- ✓ Zuständige Jugendsozialarbeit
- ✓ Ärztliche/therapeutische Fachperson(en): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (bitte namentlich benennen)
- ✓ Beratungsstellen: \_\_\_\_\_ (bitte namentlich benennen)
- ✓ Sonstige: \_\_\_\_\_ (bitte namentlich benennen)
- ✓ Ich bin mit der Einsichtnahme in die Schülerakte einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschriften **beider** Sorgeberechtigter  
(Im Falle **nur einer** Unterschrift versichere ich hiermit, dass ich **alleine sorgeberechtigt** bin.)

Bitte fügen Sie diesem Antrag den ausgefüllten Elternfragebogen und evtl. auch den Lehrerfragebogen bei!  
Die Unterlagen (Anmeldung und Elternfragebogen) können ebenso in einem verschlossenen Umschlag über die Lehrkraft weitergeleitet werden.

**Elterninformation zur schulpsychologischen Überprüfung einer Lese- und Rechtschreibstörung****Sehr geehrte Eltern,**

mit beiliegender Anmeldung entscheiden Sie sich dafür, Ihr Kind auf eine Lese- und Rechtschreibstörung überprüfen zu lassen.

Sobald die Anmeldung eingeht, wird in Absprache mit den Lehrern Ihres Kindes ein Testtermin vereinbart. Die Testung erfolgt in der Regel während der Unterrichtszeit durch die zuständige Beratungslehrkraft oder den Schulpsychologen/die Schulpsychologin. Zur Feststellung einer Lese- und Rechtschreibstörung sind neben Schulleistungstests auch ein Intelligenztest und ggf. Persönlichkeitstests notwendig. Sollten Sie dazu Fragen haben, wenden Sie sich gerne vorab an uns. Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten erfahren Sie auf der Website der Schule oder im Sekretariat.

Die Bewertung der Ergebnisse erfordert häufig eine Rücksprache mit den Lehrkräften, um deren Einschätzung einzubeziehen.

Die Ergebnismeldung erfolgt schriftlich an Sie. Alles Weitere finden Sie in einem Begleitschreiben. Sollten Sie Fragen zur Vorgehensweise oder den Ergebnissen haben, können Sie sehr gerne Kontakt mit uns aufnehmen.

**Mit freundlichen Grüßen****das Team der Schulpsychologinnen und Schulpsychologen in Stadt und Landkreis Regensburg**

# Elternfragebogen bei Verdacht auf Lese-Rechtschreib-Störung

(gemäß Art 52, Abs. 5 BayEUG vom 30.06. 2016 und §32 bis § 36 BaySchO vom 1.08.2016)



Name des Kindes	geb. am
-----------------	---------

## I. Zur Entwicklung des Kindes – körperlich - motorisch – sprachlich – sozial-emotional

Hat / Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten?

- Ja, \_\_\_\_\_  Nein

Gab es Besonderheiten oder besondere Herausforderungen in der motorischen Entwicklung Ihres Kindes (Bitte Zeitraum angeben)?

Ich war mit meinem Kind bereits

- beim Augenarzt/bei der Sehschule (Name/Befund: \_\_\_\_\_)
- beim Ohrenarzt / bei Pädaudiologie (Name/ Befund: \_\_\_\_\_)
- bei Logopädie (Name/Befund: \_\_\_\_\_)
- bei Ergotherapie (Name/Befund: \_\_\_\_\_)
- beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Name/Befund: \_\_\_\_\_)

Wie beurteilen Sie die Feinmotorik Ihres Kindes? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	1 (= sehr gut)	2	3	4	5 (sehr schlecht)
malen					
schneiden					
schreiben					

Welche Hand benutzt Ihr Kind?

	links	rechts
Welche Hand benutzt Ihr Kind vorwiegend?		
Welche Hand benutzt Ihr Kind zum Malen und Schreiben		
Welche Hand benutzt Ihr Kind zum Schneiden?		

In welchem Alter begann Ihr Kind zu sprechen?

- Vor 12 Monaten       12 - 18 Monate       Später, mit \_\_\_\_\_ Monaten

Konnte Ihr Kind alle Laute richtig sprechen, als es zur Schule kam?

- ja
- nein       undeutliche Aussprache       stockendes, abgehacktes Sprechen
- Verwechslung von Lauten       \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten oder besondere Herausforderungen in der sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes? Wenn ja, welche (bitte Zeitraum angeben)?

Gab es Besonderheiten oder besondere Herausforderungen in der sozialen und / oder emotionalen Entwicklung Ihres Kindes? Wenn ja, welche (bitte Zeitraum angeben)?

## II. Bereits erfolgte Fördermaßnahmen

- Frühförderung       Logopädie
- Ergotherapie       Sonstiges: \_\_\_\_\_

### III. Lebensumstände

In welcher Familienkonstellation lebt Ihr Kind? (ein gemeinsamer Haushalt mit beiden Eltern / geschieden / getrennt / Wechselmodell / mit Stiefeltern / etc.)

---

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? (Angabe mit Namen und Geburtsjahr)

---

Besuchte Ihr Kind den Kindergarten?  ja, \_\_\_\_\_ Jahre  nein

Haben Erzieher\*innen Auffälligkeiten bei Ihrem Kind festgestellt? Wenn ja, welche?

---

Trifft sich Ihr Kind regelmäßig mit Gleichaltrigen außerhalb der Schule?  Ja, häufig  eher selten  
Hat Ihr Kind eigene digitale Medien?

- Handy/Smartphone  Spielekonsole  Fernseher  Tablet  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Wie viel Zeit insgesamt verbringt Ihr Kind täglich mit digitalen Medien (s. Frage oben)?

---

Welche besonderen Interessen, Freizeitaktivitäten und Hobbys hat Ihr Kind?

---

### III. Schulzeit

Hat Ihr Kind Probleme beim Lesen?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  Schwierigkeiten beim Zusammen  
 Schwierigkeiten im Sinnverständnis  
 erhöhter Übungsbedarf

Hat Ihr Kind Probleme beim Rechtschreiben?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  Probleme beim Abschreiben  
 Schwierigkeiten beim Einprägen und Anwenden von Rechtschreibregeln  
 erhöhter Übungsbedarf

Geh Ihr Kind gerne zur Schule?  ja  nein

Wie beschreiben Sie die Hausaufgabensituation Ihres Kindes?

Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für die schriftlichen Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für die mündlichen Hausaufgaben (Lernen, etc.)? \_\_\_\_\_

Erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig?  ja  teilweise  nein

Gibt es Konflikte in der Hausaufgabensituation?  ja  teilweise  nein

### VI. Weitere Anmerkungen

---

---

Ort, Datum

Unterschriften **beider** Sorgeberechtigter

(Im Falle **nur einer** Unterschrift versichere ich hiermit, dass ich **alleine sorgeberechtigt** bin.)

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, diese Anmeldung schriftlich zu widerrufen.

Seite 4 von 6



**Beobachtungsbogen für Lehrkräfte** bei Verdacht auf eine Lese-Rechtschreib-Störung  
(gemäß Art 52, Abs. 5 BayEUG vom 30.06. 2016 und §32 bis § 36 BaySchO vom 1.08.2016)

<b>Name des Kindes:</b>	<b>geb. am:</b>	<b>Klasse</b>
<b>Name der Lehrkraft:</b>	<b>Schule:</b>	
<b>erreichbar unter Telefon:</b>	<b>E-Mail:</b>	

**I. Leistungsstand** (falls keine Noten bekannt - Einschätzung in Worten)

<b>Deutsch</b> - Gesamtnote	Richtig Schreiben	Lesen
	Schreiben	Sprache untersuchen

<b>Mathematik</b> - Gesamtnote	textfreie Aufgaben	Geometrie
	Sachaufgaben	

<b>HSU (GS)</b> – Gesamtnote	mündlich	schriftlich
------------------------------	----------	-------------

<b>Englisch (MS)</b> – Gesamtnote	mündlich	schriftlich
-----------------------------------	----------	-------------

**Der Mobile Sonderpädagogische Dienst (MSD)**

hat noch nicht mit dem Kind gearbeitet.

hat eine Anmeldung für das Kind erhalten und war aber noch nicht tätig.

hat schon mit dem Kind gearbeitet.

**Name der Lehrkraft des MSD:** \_\_\_\_\_

**II. Allgemeine Beobachtungen** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

	trifft zu	trifft nicht zu
Richtige Stifthaltung		
Manuelle Geschicklichkeit (Schneiden, Malen, WG, WT)		
Ordentliche Heftführung		
Rechts-Links-Sicherheit		
Buchstaben und Zahlen seitenrichtig		

**III. Sprachverhalten** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

	trifft zu	trifft nicht zu
Grundsätzliche Sprechbereitschaft		
Klare Aussprache (Artikulation)		
Normales Sprechtempo		
Folgerichtiges Erzählen		
Altersgemäßer Wortschatz		

**IV. Leseleistung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<b>Lesegenauigkeit</b>	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich
<b>Selbstkorrektur bei Lesefehlern</b>	häufig	manchmal	selten

**Auftretende Fehler beim Lesen**

- Wahrnehmungsrichtungsfehler (z. B. ie/ei, p/q, b/d)
- semantische Fehler (Ersetzen einzelner Wörter)
- Verwechslung von Buchstaben
- Sonstige Fehler: \_\_\_\_\_
- Fehlerhafte Lautkombinationen (z. B. s-p, s-t)

**Lesetempo...**

...bei bekannten Texten	flüssig	hastig	langsam	stockend
...bei unbekanntem Texten	flüssig	hastig	langsam	stockend

<b>Leseverständnis</b>	gut	durchschnittlich	unterdurchschnittlich	schwach
<b>Lautes Lesen</b>	freiwillig	Nach Aufforderung		Gar nicht

**V. Rechtschreibleistungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

<b>Abschreiben</b>	kaum Fehler	durchschnittlich	viele Fehler
<b>diktierter Texte</b>	kaum Fehler	durchschnittlich	viele Fehler
<b>freies Schreiben</b>	kaum Fehler	durchschnittlich	viele Fehler
<b>Selbstkorrektur</b>	immer	durchschnittlich	kaum
<b>Schriftbild</b>	ordentlich	leserlich	unleserlich
<b>Schreibtempo</b>	schnell	durchschnittlich	langsam

<b>Fehlerhäufung zum Ende des Textes</b>	trifft nicht zu	trifft zu
<b>Gleiche Wörter werden...</b>	gleich falsch geschrieben	unterschiedlich falsch geschrieben

Besondere Fehlerschwerpunkte? \_\_\_\_\_

**VI. Angaben zum Lern- und Arbeitsverhalten (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Der Schüler/die Schülerin...	trifft zu	manchmal	trifft nicht zu
...geht ungern in die Schule			
...verliert leicht den Mut			
...hat Angst vor dem Versagen oder allgemein vor Prüfungen			
...zeigt kein Interesse an schulischen Inhalten			
...ist noch unselbstständig			
...ist wenig ausdauernd			
...zeigt starken Bewegungsdrang			
...arbeitet impulsiv und oberflächlich			
...hat allgemein ein langsames Arbeitstempo			
...ist passiv, verträumt			

**Weitere Anmerkungen:**

---



---



---

Datum, Unterschrift

**Bitte fügen Sie diesem Fragebogen auf jeden Fall folgende Unterlagen bei:**

1. Schriftproben (Kopien von frei geschriebenen oder diktierten Texten)
2. Zeugniskopien (mind. Jahreszeugnisse)
3. ggf. Kopie des letzten Bescheides über eine Lese-Rechtschreib-Störung und der schulpsychologischen Stellungnahme

**Erst nach Erhalt aller notwendigen Unterlagen kann ein Testtermin vereinbart werden.**

*Vielen Dank für Ihre Mühe!*