

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.)

Waren Sie mit Ihrem Kind bereits

- bei einer augenärztlichen Untersuchung / bei der Sehschule
(Name/Befund: _____)
- bei einer ohrenärztlichen Untersuchung / bei der Pädaudiologie
(Name/Befund: _____)
- bei der Logopädie (Name/Befund: _____)
- bei der Ergotherapie (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 Stiefelternteil / etc.)

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

Besuchte Ihr Kind den Kindergarten? ja, _____ Jahre nein

Wurden in der Kindergartenzeit 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 Zusammenlesen 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

Geht 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

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mühe!