

## **ELTERNFRAGEBOGEN**

**zur Erfassung von Vorinformationen  
bei Lese- und Rechtschreibschwäche**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

**1. Beobachten Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten**

im Lesen?

im Rechtschreiben?

Seit wann und in welchen Fächern? \_\_\_\_\_

**2. Wurde die Lese- / Rechtschreibleistung durch eine Testuntersuchung überprüft?**

Ja  Nein

Wenn ja, wann und von wem? \_\_\_\_\_

**3. Wurde bisher schon einmal ein Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz für die Lese-  
Rechtschreibschwierigkeiten gewährt?**

Ja  Nein

Wenn ja, für eine

Lesestörung  Rechtschreibstörung  Lese-Rechtschreibstörung

In welchen Jahrgangsstufen? \_\_\_\_\_

**4. Hat Ihr Kind schon einmal an einer einem Lese- /Rechtschreibkurs oder einer Lese-  
/Rechtschreibtherapie teilgenommen?**

Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

Bei wem? \_\_\_\_\_

Wie lange? \_\_\_\_\_

**5. Gibt es noch weitere Familienmitglieder, die Probleme im Lesen bzw. in der Rechtschreibung  
haben oder hatten?**

\_\_\_\_\_

6. Zeigt Ihr Kind momentan Auffälligkeiten im Verhalten (z.B. Ängste, Konzentrationsschwierigkeiten, ...) oder leidet es zurzeit an einer körperlichen oder psychischen Erkrankung?

---



---

7. Weist die bisherige Schullaufbahn Ihres Kindes Besonderheiten auf (z.B. spätere Einschulung, Wiederholen, freiwilliger Rücktritt, Schulschwierigkeiten ...)?

Wenn ja, welche und wann?

---

**Beobachtungen bei den Hausaufgaben**

	sehr gut	gut	durchschnittlich	schlecht	sehr schlecht
Rechtschreibung					
Arbeitstempo					
Konzentration					
Lust					
Zuverlässigkeit					
Ordnung					
Selbstständigkeit					
Richtigkeit					

8. Benötigt nach Ihrer Einschätzung Ihr Kind einen Zeitzuschlag bei

- Schulaufgaben (Fächer: \_\_\_\_\_)     Stegreifaufgaben (Fächer: \_\_\_\_\_)

**Schweigepflichtentbindung**

Für die Begutachtung der Lese-Rechtschreibschwierigkeiten meines Sohnes/meiner Tochter entbinde ich als Erziehungsberechtigte® die Staatliche Schulpsychologin und die folgenden Personen von der gegenseitigen Schweigepflicht:

- ✓ **Lehrkräfte**, die das Kind unterrichten
- ✓ **Schulleitung der Realschule**, die das Kind besucht
- ✓ **Fachärztin/Facharzt** für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychologin/Psychologe  
*(nur falls eine fachärztliche bzw. psychologische Untersuchung stattgefunden hat)*  
Frau/Herr \_\_\_\_\_
- ✓ **Ggf. weitere Personen** – Frau/Herr \_\_\_\_\_

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

Unterschrift der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_