



An den/die staatl. Schulpsychologen/in \_\_\_\_\_

## Anmeldung zur schulpsychologischen Untersuchung

**ANLASS DER BERATUNG:**

(Bitte unbedingt ausfüllen!)

**Antragsteller (Namen der Sorgeberechtigten)**

<b>Name</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefon</b>	<b>E-Mail</b>

Hiermit erkläre ich mich mit einer schulpsychologischen Untersuchung (Durchführung von Testverfahren, z.B. Intelligenztests, Schulleistungstests, Persönlichkeitstests) unseres Kindes einverstanden.

<b>Name des Kindes</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Schule</b>	<b>Klasse</b>

Klassenleiter/in
Weitere Lehrkräfte (falls betroffen)

Eine schulpsychologische Untersuchung  hat noch nicht stattgefunden.  
 hat bereits stattgefunden.

Name des Schulpsychologen: .....

Mit einer Weitergabe der Akten zur Vermeidung von Doppeltestungen bin ich einverstanden  
 (falls nicht zutreffend, bitte streichen).

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung  hat noch nicht stattgefunden.  
 hat bereits stattgefunden.  
 ist bereits terminlich vereinbart.

Datum: ..... Praxis:.....

Um **Doppeltestungen** zu vermeiden, senden Sie die Ergebnisse bitte **direkt an den zuständigen schulpsychologischen Dienst!**

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

Ich bin damit einverstanden, dass die/der zuständige Schulpsycholog(e)In 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
- Arzt/ Therapeut: \_\_\_\_\_ *(bitte namentlich benennen)*
- Beratungsstellen: \_\_\_\_\_ *(bitte namentlich benennen)*
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- 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 auch den ausgefüllten Elternfragebogen und evtl. auch den Lehrerfragebogen bei!

## Elternfragebogen zur schulpsychologischen Überprüfung

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

### I. Lebensumstände

Besuchte Ihr Kind den Kindergarten?

- ja, \_\_\_\_\_ Jahre  nein

Haben Erzieherinnen Auffälligkeiten bei Ihrem Kind festgestellt?

- Ja: \_\_\_\_\_  nein

Hat Ihr Kind Geschwister?

- Ja: \_\_\_\_\_  nein

Trifft sich Ihr Kind regelmäßig mit Gleichaltrigen außerhalb der Schule?

- ja, häufig  eher selten

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Fernsehen, Computer, Tablets, etc.?

Welche besonderen Interessen, Freizeitaktivitäten und Hobbys hat Ihr Kind?

Gibt es weitere wichtige Aspekte im Hinblick auf den familiären Alltag?

### II. Schule

Geht Ihr Kind gern 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?

- selten  manchmal  häufig

Gab es sonstige Auffälligkeiten während der bisherigen Schulzeit? Wenn ja, welche (bitte Zeitraum angeben)?

### III. Körperliche / motorische Entwicklung des Kindes

Hat/Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten?

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

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: \_\_\_\_\_)

**Gab es Besonderheiten in der motorischen Entwicklung Ihres Kindes (Bitte Zeitraum angeben)?**

---

**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?		

#### IV. Sprachliche Entwicklung

**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
  - Verwechslung von Lauten
  - stockendes, abgehacktes Sprechen
  - \_\_\_\_\_

#### V. Sozial-Emotionale Entwicklung

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

---



---

#### VI. Bereits erfolgte Fördermaßnahmen

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

#### VII. Weitere Anmerkungen

---



---



---

Ort, Datum

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