

<b>Name des Kindes</b>	<b>geb. am</b>
------------------------	----------------

## 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!*