

Elternfragebogen zum Antrag auf Schulbegleitung/ Integrationshilfe nach §112 SGB IX

Vor- und Nachname des Kindes: _____ Geb.-Datum: _____

Datum _____ Telefon _____

Zu welchen Zeiten sind telefonische Rücksprachen möglich?

Sorgerecht

Wer hat das Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> andere, wer? _____
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> ja	_____	
	<input type="checkbox"/> nein	_____	

Eltern ausländischer Herkunft/Aussiedlerfamilien

Herkunftsland Mutter _____	Herkunftsland Vater _____			
Seit wann lebt	<input type="checkbox"/> die Familie	<input type="checkbox"/> die Mutter	<input type="checkbox"/> der Vater in der BRD?	_____
Verfügen die Mutter/der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> mittelmäßige	<input type="checkbox"/> gute
Hatte das Kind bei der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> mittelmäßige	<input type="checkbox"/> gute
Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, von _____	bis _____		
Wird in der Familie Deutsch gesprochen?	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> eher wenig	<input type="checkbox"/> überwiegend

Erkrankungen bei Familienmitgliedern

Schwere Erkrankung bei Familienmitgliedern _____
--

Motorische Entwicklung

<input type="checkbox"/> motorische Entwicklung verzögert *	
*Krankengymnastik, Frühförderung (Alter, Behandlungsdauer) _____	
Das Kind	
<input type="checkbox"/> ist in seinen Bewegungen unruhig	<input type="checkbox"/> kann nur schwer auf seinem Platz sitzen bleiben
<input type="checkbox"/> ist in seinen Bewegungen langsam und schwerfällig	<input type="checkbox"/> stolpert häufig beim Gehen und Laufen
<input type="checkbox"/> verhält sich oft ungeschickt, z. B. _____	

Sprachliche Entwicklung

<input type="checkbox"/> erste Worte _____ Monaten	<input type="checkbox"/> Zweiwortsätze _____ Monaten
Das Kind	
<input type="checkbox"/> sprach lange wenige/gleiche Wörter	<input type="checkbox"/> hat einen geringen Wortschatz
<input type="checkbox"/> sprach sehr undeutlich	<input type="checkbox"/> spricht undeutlich
<input type="checkbox"/> sprach kaum oder gar nicht	<input type="checkbox"/> spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze
<input type="checkbox"/> sprach sehr langsam	<input type="checkbox"/> spricht überstürzt, verschluckt, verstellt Laute
<input type="checkbox"/> konnte einfache Sätze nicht richtig bilden	<input type="checkbox"/> spricht langsam/stockend/stotternd

sprach sehr viel spricht oft leise und unsicher

andere _____

Hat bisher eine logopädische Behandlung beim Kind stattgefunden?

nein ja

Erkrankungen

Welche Erkrankungen **hatte** das Kind?

häufige Erkältungen Asthma/Neurodermitis Ohrenerkrankungen Augenerkrankungen Anfallsleiden

Hirnhautentzündung andere, welche? _____

Welche Erkrankungen **hat** das Kind?

Allergien/Asthma Neurodermitis Bewegungsstörungen keine andere, welche? _____

Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?

Kopfschmerzen Bauchschmerzen Krämpfe Einnässen/Einkoten Übelkeit/Erbrechen/Durchfall

gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Tics (Augenzwinkern, Mundzucken, eigenartige Bewegungen)

andere, welche? _____

In welchem Zusammenhang/in welchen Situationen werden die Symptome/Auffälligkeiten beobachtet?

Wie oft ist das Kind im Jahr krank?

0 - 3-mal

4 - 5-mal

6-mal und mehr

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?

ja, welche? _____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher durchgeführt?

von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____

von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____

von wem? _____ welche? _____ durchgeführt von/bis _____

Wird oder wurde bereits eine Lerntherapie durchgeführt?

nein ja, seit _____ von wem? _____

Kindergarten

Regelkindergarten von _____ bis _____

Sprachheilkindergarten von _____ bis _____

Heilpädagogischer Kindergarten von _____ bis _____

Ging das Kind gerne in den Kindergarten?

im allgemeinen ja nein, weil _____

Wie verhielt sich das Kind im Kindergarten?

unauffällig auffällig, weil _____

besuchte keinen Kindergarten, weil _____

Schule

Schulverlauf Einschulungsjahr _____

altersgemäße Einschulung ja nein

vorzeitige Einschulung wann _____ warum _____

Rückstellung wann _____ warum _____

Sprachheilklasse von _____ bis _____

andere Beschulung, welche? _____

Wiederholung der Klasse _____ Elternwunsch Anraten der Schule

Sonderpädagogische Überprüfung wurde durchgeführt wird zurzeit durchgeführt

ist geplant zum _____ ist nicht geplant

Sonderpädagogische Überprüfung wird/wurde erteilt von _____ bis _____

Schulwechsel wann _____ warum _____

zeitweise kein Schulbesuch, weil _____

Geht das Kind gerne in die Schule?

im allgemeinen ja nein hat große Angst vor der Schule

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

ja fehlt oft, weil _____

kommt häufig zu spät schwänzt

Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?

ja nein, weil _____

Hat das Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?

ja nein, weil _____

Ist das Verhältnis des Kindes zu seinen Mitschülerinnen/ Mitschülern gestört?

nein ja, weil _____

Ist das Verhältnis des Kindes zu einem oder mehreren Lehrern/Lehrerinnen gestört?

nein ja, weil _____

Welche Fächer, Aufgaben, Tätigkeiten hat das Kind in der Schule besonders gerne?

Welche Fächer, Aufgaben, Tätigkeiten mag das Kind in der Schule überhaupt nicht?				
Nimmt das Kind am Förderunterricht der Schule teil?				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Fach	wöchentliche Stundenzahl		
Wieviel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben?				
		ungefähr tägl.		Stunden
Wie erledigt das Kind seine schulischen Aufgaben?				
<input type="checkbox"/> fängt von selbst an		<input type="checkbox"/> muss erinnert und aufgefordert werden		
<input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbständig		<input type="checkbox"/> weigert sich oft, die Aufgaben zu machen		
<input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben zügig		<input type="checkbox"/> arbeitet langsam		
<input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig		<input type="checkbox"/> arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert		
<input type="checkbox"/> arbeitet konzentriert		<input type="checkbox"/> arbeitet sehr unkonzentriert		
<input type="checkbox"/> braucht kaum Hilfe		<input type="checkbox"/> braucht häufig Hilfe		
<input type="checkbox"/> weint oft bei den Hausaufgaben		<input type="checkbox"/> verhält sich oft aggressiv		
<input type="checkbox"/> häufige Auseinandersetzungen		<input type="checkbox"/> anders, wie		
Werden von Seiten der Schule bestimmte Leistungen/Verhaltensweisen des Kindes als auffällig beurteilt?				
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, welche		
Letztes Gespräch mit der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer				

Verhalten des Kindes

Das Kind ist lieber

- für sich allein zusammen mit jüngeren Kindern ... mit gleichaltrigen Kindern ... mit älteren Kindern

Hat das Kind Freundinnen/Freunde?

- nein ja, wie viele? _____

- eine besondere Freundin/einen besonderen Freund schnell wechselnde Freundschaften

Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> geht auf andere Kinder zu | <input type="checkbox"/> erhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos |
| <input type="checkbox"/> wird schnell einbezogen/ist beliebt | <input type="checkbox"/> kann Konflikte gut/in angemessener Weise lösen |
| <input type="checkbox"/> kann gut mit anderen zusammen spielen | <input type="checkbox"/> neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen |
| <input type="checkbox"/> will meistens im Mittelpunkt stehen | <input type="checkbox"/> hält sich nicht an Regeln und Abmachungen |
| <input type="checkbox"/> bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein | <input type="checkbox"/> gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück |
| <input type="checkbox"/> wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in | <input type="checkbox"/> geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein |
| <input type="checkbox"/> will meistens bestimmen/Anführer/in sein | <input type="checkbox"/> schimpft und schlägt schnell |
| <input type="checkbox"/> stört, ärgert andere Kinder oft | <input type="checkbox"/> anders, wie? _____ |

Welche Verhaltensweisen beobachten Sie bei ihrem Kind häufig?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> schnell wechselnde Stimmungen |
| <input type="checkbox"/> unbeherrscht/impulsiv | <input type="checkbox"/> vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten |
| <input type="checkbox"/> starke Nervosität/Anspannung | <input type="checkbox"/> selbstsicher/selbstbewusst |
| <input type="checkbox"/> kontaktfreudig/offen | <input type="checkbox"/> Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken |
| <input type="checkbox"/> hilfsbereit | <input type="checkbox"/> bedrückte/depressive Stimmung |
| <input type="checkbox"/> überempfindlich/sehr empfindsam | <input type="checkbox"/> selbständig/verantwortungsbewusst |
| <input type="checkbox"/> freundlich/lieb | <input type="checkbox"/> lebensfroh/fröhlich |
| <input type="checkbox"/> häufig aggressiv | <input type="checkbox"/> verbale und/oder körperliche Aggression/Gewalttätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Zerstörungswut _____ | <input type="checkbox"/> starke Anpassungsschwierigkeiten _____ |
| <input type="checkbox"/> aktiv/kreativ | <input type="checkbox"/> große Angst vor/bei _____ |
| <input type="checkbox"/> anpassungsfähig | <input type="checkbox"/> Lügen |
| <input type="checkbox"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum | <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich |
| <input type="checkbox"/> Stehlen _____ | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten _____ |
| <input type="checkbox"/> andere, welche _____ | |

In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Einschätzung der Eltern

Wem sind die Schwierigkeiten beim Schulbesuch zuerst aufgefallen?

Wie erklären Sie sich die Auffälligkeiten des Kindes in der Schule?

Welche Schwierigkeiten sind besonders auffällig?

Auf welche Weise haben Sie bisher versucht, dem Kind zu helfen?

Welche Versuche waren hilfreich? Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?

Welche Veränderungen/Ziele soll Ihr Kind erreichen?

Anmerkungen (bitte Zettel anfügen, falls Platz nicht ausreicht)

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter Vater beiden Eltern mit Unterstützung von _____

Unterschrift

Unterschrift