

Schulbegleitung

Elternfragebogen

Psychomotorik

Datum: _____

Telefon:
(beruflich oder mobil)

email: _____

Liebe Eltern,
um einen möglichst umfangreichen Eindruck Ihres Kindes zu erhalten, sind Ihre Informationen sehr hilfreich. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich und datenschutzkonform behandelt.

Angaben zu Kind und Eltern				
Name, Vorname des Kindes			Geburtsdatum	
Inhaber/-In der Personensorge				
<input type="checkbox"/> beide Elternteile		<input type="checkbox"/> Vater		<input type="checkbox"/> Mutter
<input type="checkbox"/> Sonstige				
Erläuterung (Sonstige): _____				
Name, Vorname des Vaters			Name, Vorname der Mutter	
Straße, Hausnummer			Straße, Hausnummer	
PLZ Wohnort			PLZ Wohnort	
Geburtsdatum			Geburtsdatum	
Familienstand der Personensorgeberechtigten:				
<input type="checkbox"/> verheiratet		<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> geschieden
<input type="checkbox"/> getrennt lebend			<input type="checkbox"/> verwitwet	
Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)				
Name	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L) Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Schulbegleitung

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 Deutschland? _____	
Verfügen die Mutter/der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> mittelmäßige
<input type="checkbox"/> geringe	<input type="checkbox"/> gute

Wohnsituation

Wohnraum insgesamt	<input type="checkbox"/> eher groß	<input type="checkbox"/> ausreichend	<input type="checkbox"/> eher beengt	<input type="checkbox"/> _____
Hat das Kind ein eigenes Zimmer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Erläuterung zu *nein: _____				
Welche Personen leben außer den Eltern/Kindern noch im Haushalt? _____				

Erziehung

Das Kind wurde bisher vorwiegend erzogen	
<input type="checkbox"/> von der Mutter	<input type="checkbox"/> von dem Vater
<input type="checkbox"/> von den Eltern gemeinsam	<input type="checkbox"/> von den Großeltern oder Schwiegereltern
<input type="checkbox"/> von _____	
Besteht zwischen den Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, weil _____

Schulbegleitung

Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/einem Elternteil?

nein

ja, welche _____

Wie ist die Beziehung des Kindes zu seinen Geschwistern?

überwiegend gut

häufig Streit, wegen _____

Hat das Kind regelmäßige Pflichten oder Aufgaben zu Hause?

nein

ja, welche?

Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft

normal

Komplikationen/belastende Bedingungen

Geburt

normal

Kaiserschnitt, Zangen-, Saugglockengeburt

Geburtsgewicht unter 2500 Gramm

Mehrlingsgeburt

Frühgeburt (vor 37. Woche)

Geburtsgewicht über 4500 Gramm

Ernährung/Verhalten (1. Lebensjahr)

Mehrfachantworten bei den folgenden Fragen möglich

wurde nicht gestillt

wurde gestillt

häufiges Schreien/erhöhte Unruhe

besonders ruhig und bewegungsarm

ruhiges/zufriedenes Kind

besonders reizüberempfindlich

Krämpfe

Schlafstörungen (Aufschrecken, geringes Schlafbedürfnis)

Schulbegleitung

Motorische Entwicklung

Sind Ihnen in der Entwicklung Ihres Kindes im Vergleich zu Gleichaltrigen Abweichungen aufgefallen? Bestanden bzw. bestehen bei Ihrem Kind motorische Entwicklungsverzögerungen bzw. motorische Auffälligkeiten?

ja, in der Grobmotorik, bitte beschreiben (Beispiele: Krabbeln, Laufen, Treppen gehen, Schaukeln, Werfen, Fahrrad fahren, Schwimmen, Klettern, Balancieren)

ja, in der Feinmotorik, bitte beschreiben

(Beispiele: Umgang mit Materialien wie Stift und Schere, beim Malen, Schleife binden, Basteln)

ja, in der Körperhaltung, in der Ausdauer und/oder Geschicklichkeit, in motorischer Unruhe, bitte beschreiben

Schulbegleitung

Hat Ihr Kind Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie oder Logopädie erhalten?

ja nein

wenn ja, bitte beschreiben:
Alter des Kindes, Art der Hilfe, Ursache und Erfolg der Maßnahme

Hat Ihr Kind am Kinderturnen teilgenommen bzw. nimmt Ihr Kind zur Zeit in seiner Freizeit an sportlichen Aktivitäten teil?

ja nein

wenn ja, bitte beschreiben

Sprachliche Entwicklung

Sind Ihnen in der Entwicklung Ihres Kindes im Vergleich zu Gleichaltrigen in der Sprachentwicklung Abweichungen aufgefallen?

ja, bitte beschreiben (Beispiele: sprach lange Zeit nur wenige Worte, undeutliche Aussprache, falsche Satzstellung, leises und unsicheres Sprechen, stottern)

Bestehen noch immer oder aktuell sprachliche Auffälligkeiten?

ja, bitte beschreiben

Hat Ihr Kind eine Sprachtherapie erhalten?

nein ja, von _____ bis _____

Therapeut/in _____

Schulbegleitung

Erkrankungen

Welche Erkrankungen hat/hatte das Kind?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> häufige Erkältungen | <input type="checkbox"/> Asthma/Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Hals-/Rachenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten | <input type="checkbox"/> andere, welche? |

Unfälle/Stürze Alter _____ Beschreibung _____

Krankenhausaufenthalt Alter _____ Dauer _____ Grund _____

Welche Erkrankungen hat das Kind?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hörschwäche *) | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen *) |
| <input type="checkbox"/> Sehschwäche *) | <input type="checkbox"/> Körper/Gliedmaßen *) |

*) Art der Schwäche/Erkrankung _____

Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten | <input type="checkbox"/> Tics (z.B. Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen) |
| <input type="checkbox"/> andere, welche? _____ | |

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

Wie oft ist das Kind im Jahr krank? 0- bis 3-mal 4- bis 5-mal 6-mal und mehr

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? ja, welche? _____

Schulbegleitung

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

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

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

Leidet Ihr Kind an Übergewicht? ja nein

Besondere Ereignisse

<input type="checkbox"/> Tod der Mutter/Großmutter	Alter des Kindes	_____	
<input type="checkbox"/> Tod des Vaters/Großvaters	Alter des Kindes	_____	
<input type="checkbox"/> Tod eines Geschwisterkindes	Alter des Kindes	_____	
<input type="checkbox"/> Trennung der Eltern	Alter des Kindes	_____	
<input type="checkbox"/> Trennung von Geschwistern	Alter des Kindes	_____	
<input type="checkbox"/> Stiefkind/Pflegekind/Adoptivkind	seit	_____	
<input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Großvater	Alter des Kindes	_____	
<input type="checkbox"/> Aufenthalt im Heim	von/bis	_____	
<input type="checkbox"/> Aufenthalt in Pflegefamilie	von/bis	_____	
<input type="checkbox"/> Wohnortwechsel von _____ nach _____	Alter des Kindes	_____	
	von _____ nach _____	Alter des Kindes	_____
	von _____ nach _____	Alter des Kindes	_____
<input type="checkbox"/> andere, welche? _____			

Kindergarten

Kinderkrippe und Regelkindergarten von _____ bis _____

Sprachheilkindergarten von _____ bis _____

Heilpädagogischer Kindergarten von _____ bis _____

Ging das Kind gerne in den Kindergarten?

ja nein, weil _____

Wie verhielt sich das Kind im Kindergarten?

unauffällig auffällig, weil _____

besuchte keinen Kindergarten, weil _____

Schulbegleitung

Schule

Schulverlauf	Vorschule	von _____	bis _____
	altersgemäße Einschulung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	vorzeitige Einschulung	wann _____	warum _____
	Rückstellung	wann _____	warum _____
	Sprachheilklasse	von _____	bis _____
	andere Beschulung, welche?	_____	
	Wiederholung der Klasse	_____ <input type="checkbox"/> Elternwunsch	<input type="checkbox"/> Anraten der Schule
	Schulwechsel	wann _____	warum _____
	zeitweise kein Schulbesuch, weil	_____	

Geht das Kind gerne in die Schule?

im Allgemeinen ja nein Schulangst, weil _____

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

ja fehlt oft, weil _____

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 Mitschülern/zu einigen Mitschülern gestört?

nein ja, weil _____

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

Welche Fächer, Aufgaben, Tätigkeiten mag das Kind in der Schule überhaupt nicht?

Wie reagiert das Kind auf negative Erfahrungen in der Schule?

Schulbegleitung

Sind Ihnen Auffälligkeiten im Arbeitsverhalten und in der Konzentration im Bereich Schule/ bei den Hausaufgaben aufgefallen?

ja, bitte beschreiben

nein

muss erinnert und aufgefordert werden

erledigt die Aufgaben nicht selbständig

weigert sich oft, die Aufgaben zu machen

arbeitet langsam

arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert

arbeitet sehr unkonzentriert

benötigt häufig Hilfe

weint oft bei den Hausaufgaben

verhält sich oft aggressiv

häufige Auseinandersetzungen

anders, wie _____

Werden Seitens der Schule bestimmte Verhaltensweisen oder Leistungen des Kindes als auffällig beurteilt?

nein

ja, welche _____

Verhalten des Kindes

Das Kind verbringt seine Freizeit innerhalb/außerhalb des Elternhauses:

selten

gelegentlich

häufig

meistens

für sich allein

zusammen mit jüngeren Kindern

zusammen mit gleichaltrigen Kindern

zusammen mit älteren Kindern

Hat das Kind Freunde/ Spielgefährten?

nein

ja _____

eine besondere Freundin/einen besonderen Freund

schnell wechselnde Freundschaften

Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?

geht auf andere Kinder zu

verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos

wird schnell einbezogen/ist beliebt

kann Konflikte gut/in angemessener Weise lösen

kann gut mit anderen zusammen spielen

neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen

will meistens im Mittelpunkt stehen

hält sich nicht an Regeln und Abmachungen

bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein

gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück

wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in

geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein

will meistens bestimmen/Anführer/in sein

schimpft und schlägt schnell

stört, ärgert andere Kinder oft

anders, wie? _____

Schulbegleitung

Hat das Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?

nein

ja, welche? _____

Ist das Kind in einem Verein/ in einer Jugendgruppe?

nein

zurzeit nicht, war schon mal _____

wurde beendet, weil _____

ja _____ seit _____

Hat das Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?

nein

ja, welchen? _____

Welche Verhaltensweisen beobachten Sie oft? Ist das Kind häufig ...?

Seit wann (Alter des Kindes _____) beobachten Sie das auffällige Verhalten?

ausgeglichen

schnell wechselnde Stimmungen _____

unbeherrscht/impulsiv _____

Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten

starke Nervosität/Anspannung _____

selbstsicher/selbstbewusst

kontaktfreudig/offen

Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken _____

hilfsbereit

bedrückte/depressive Stimmung _____

überempfindlich/sehr empfindsam

selbständig/verantwortungsbewusst

freundlich/lieb

lebensfroh/fröhlich

häufig aggressiv _____

verbale und/oder körperliche Aggression/Gewalttätigkeit _____

Zerstörungswut _____

starke Anpassungsschwierigkeiten _____

aktiv/kreativ

große Angst vor/bei _____

anpassungsfähig

Lügen _____

Kontaktscheue/Einzelgängertum _____

einsichtig/umgänglich

Stehlen _____

sexuelle Auffälligkeiten _____

andere, welche? _____

In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

Schulbegleitung

Einschätzung der Eltern

Wem und wann sind die motorischen Auffälligkeiten zu erst aufgefallen und welche sind besonders auffällig?

Worauf führen Sie die Schwierigkeiten zurück?

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?

Was glauben Sie, wie Sie Ihrem Kind helfen könnten, diese Veränderungen/Ziele zu erreichen?

Schulbegleitung

Antragstellung

Wer hat Sie auf die Möglichkeit der Antragstellung gemäß § 35a SGB VIII aufmerksam gemacht?

Hatten Sie bereits Kontakt zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendamtes?

nein ja, wann? _____

mit _____

Wurden/werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

nein ja von _____ bis _____

von _____ bis _____

welche? _____

Anmerkungen

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter Vater beiden Eltern von _____

Jugendliche/r selbst

Unterschrift Kindsvater

Unterschrift Kindsmutter

Unterschrift Jugendliche/r selbst (ab 15. Lebensjahr)

(ggf. Unterschrift Pflegeeltern/ Vormund)