



Elternfragebogen zur emotionalen Belastung bei schulischen Teilleistungsstörungen (Lesen, Rechtschreibung und Rechnen)

Name:

Vorname:

Klasse:

Datum:

Schulische Bewertung

Noten in den letzten Diktaten (geübte Diktate ungeübte Diktate)

Letzte Deutschnote im Zeugnis:

Noten der letzten Mathematikarbeiten:

Letzte Mathematiknote im Zeugnis:

Schulischer Förderunterricht

Teilnahme am Förderunterricht: nein ja, im Fach:

Seit wann, wie oft, wie lange, einzeln oder Gruppengröße:

Hausaufgabensituation

Wie lange benötigt Ihr Kind im Durchschnitt für die Erledigung der Hausaufgaben insgesamt:

Durchschnittliche Zeitdauer für Hausaufgaben in Deutsch:

Durchschnittliche Zeitdauer für Hausaufgaben in Mathematik:

Das Kind bearbeitet die Hausaufgaben zum größten Teil

selbstständig mit gelegentlicher Unterstützung mit regelmäßiger Unterstützung

Wer hilft dem Kind bei den Hausaufgaben?

Wird zusätzlich zu den Hausaufgaben geübt:

regelmäßig für Arbeiten selten nie

Wann und wo werden die Hausaufgaben in der Regel erledigt:

Emotionale Belastung

Liest Ihr Kind ungerne? ja nein

Schreibt Ihr Kind ungerne? ja nein

Rechnet Ihr Kind ungerne? ja nein

Hat Ihr Kind Angst vor Klassenarbeiten? ja nein

Hat Ihr Kind Angst vor Lehrern? ja nein

Falls ja, vor welcher Lehrerin/ vor welchem Lehrer:

Hat Ihr Kind Angst vor Mitschülern? ja nein

Falls ja, vor wem und warum:

Wird Ihr Kind in der Klasse ausgegrenzt? (falls ja, bitte beschreiben)

Hat Ihr Kind Bauchschmerzen vor der Schule/ vor Klassenarbeiten? ja nein

Hat Ihr Kind Kopfschmerzen vor oder nach der Schule? ja nein

Geht Ihr Kind ungerne zur Schule? ja nein

Wenn ja, wegen:

Macht Ihr Kind ungerne Hausaufgaben? ja nein

Verschwiegt Ihr Kind Hausaufgaben oder Klassenarbeiten? ja nein

Weint Ihr Kind bei den Hausaufgaben/ ist es traurig? ja nein

Gibt es häufiger Streit bei den Hausaufgaben? ja nein

Ist die Freizeit wegen der Hausaufgabendauer eingeschränkt? ja nein

Ist die Familienatmosphäre wegen der Schulprobleme belastet? ja nein

Leidet das Kind an seinen Fähigkeiten? ja nein

Hat das Kind Einschlaf-, Durchschlafprobleme oder Albträume? ja nein

Beobachten Sie andere Anzeichen von Stress? ja nein

Wenn ja, welche:

Bemerkungen:

Ausgefüllt von:

am: