

3. Schulische Entwicklung

War Ihr Kind im Kindergarten?

ja / nein

Wenn ja, in welchem Alter?

von ____ bis ____ Jahren

Welche Dinge hat es dort ungern gemacht oder vermieden?

Hat Ihr Kind eine Vorklasse oder Eingangsstufe besucht?

ja / nein

Ist es vor der Einschulung zurückgestellt worden?

ja / nein

Welche Klasse/n hat Ihr Kind wiederholt?

1. 2. 3. 4. 5.

Fiel längere Zeit häufiger Unterricht aus?

ja / nein

Wenn ja, wann?

Hat Ihr Kind in der Grundschule Lehrerwechsel erlebt?

ja / nein

Wenn ja, in welchen Schuljahren?

1. 2. 3. 4.

Gab es Schulwechsel?

ja / nein

Wenn ja, wann?

Hat Ihr Kind zum/r jetzigen DeutschlehrerIn ein gutes Verhältnis?

ja / nein

... und zum/r früheren DeutschlehrerIn?

ja / nein

Hat Ihr Kind Freunde in der Klasse?

ja / nein

Welche Fächer/schulischen Aktivitäten mag es?

Wo macht Ihr Kind seine Hausaufgaben?

Wann macht es gewöhnlich Hausaufgaben?

sofort nachmittags abends

Wie viele Stunden benötigt Ihr Kind für Hausaufgaben?

½ 1 2 > 2

Helfen Sie (oder eine andere Person) bei den Hausaufgaben?

ja / nein

Wie verhält sich Ihr Kind gewöhnlich bei seinen Hausaufgaben für das Fach Deutsch?

Gilt das Verhalten auch bei den Hausaufgaben für die anderen Fächer?

ja / nein

Wird/Wurde mit Ihrem Kind zusätzlich Rechtschreibung geübt?

ja / nein

Wie oft in der Woche?

täglich 1x 2x mehrmals

Wie viele Stunden jeweils?

¼ ½ 1 > 1

Wie reagiert Ihr Kind auf schlechte Noten?

(Bitte beurteilen Sie von:

„0=macht ihm nichts aus“ bis „6=leidet extrem“)

0 1 2 3 4 5 6

4. Zur Entwicklung Ihres Kindes

Gab es bei der Geburt Schwierigkeiten?

ja / nein

Wenn ja, welche?

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten in der Grob- und Feinmotorik?

ja / nein

Welche Hand bevorzugt Ihr Kind?

rechts links beide Hände

Wann hat Ihr Kind zu sprechen begonnen?	mit ca. _____ Jahren
Gab/Gibt es sprachliche Auffälligkeiten?	ja / nein
War/Ist Ihr Kind in logopädischer Behandlung?	ja / nein
Hört Ihr Kind richtig?	ja / nein
Wann wurde das Hören zuletzt überprüft?	_____
Sieht Ihr Kind gut?	ja / nein
Trägt es eine Brille?	ja / nein
Wenn ja, seit wann?	_____
Vor wie vielen Monaten wurde die Sehfähigkeit zuletzt überprüft?	6 Mon. 12 Mon. > 12 Mon.
Hat Ihr Kind schwere Erkrankungen?	ja / nein
Wenn ja, welche?	_____
Hatte Ihr Kind schon einmal schwere Erkrankungen?	ja / nein
Wenn ja, welche?	_____
Liegt eine diagnostizierte ADS / ADHS vor?	ja / nein
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	ja / nein
Wenn ja, welche?	_____
Erhält Ihr Kind eine außerschulische Förderung/Therapie?	ja / nein
Wenn ja, wann und bei wem?	_____
Hat es schon einmal eine außerschulische Förderung/Therapie erhalten?	ja / nein
Wenn ja, wann und bei wem?	_____
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	_____

Von wem wurde dieser Anamnesebogen ausgefüllt?	Mutter
	Vater
	Sonstige Person: _____

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Unterschrift / Datum: _____