

Elternfragebogen

Dieser Fragebogen soll einen kleinen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und dessen Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Selbstverständlich werden alle Angaben *in streng vertraulicher Weise* behandelt, ebenso wie alle anderen Mitteilungen während der schulpsychologischen Beratung.

Name des Schülers: _____ Geburtsdatum: _____

Schule, Klasse: _____ Lehrkraft (Tel.): _____

Anschrift: _____

Kinder-/Hausarzt: _____

Schulpsychologische Beratung empfohlen durch:

☐ Eltern ☐ Lehrer/Schule: _____ ☐ Arzt: _____

☐ sonstige: _____

Lebensgeschichte des Kindes/Jugendlichen

Mutter:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____
(falls abweichend)

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Vater:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____
(falls abweichend)

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Sorgerecht:

☐ gemeinsam ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere: _____

Eltern:

☐ verheiratet seit _____ ☐ getrennt lebend seit _____ ☐ verstorben: _____

Kind lebt in einem Haushalt mit:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Stiefmutter ☐ Stiefvater ☐ andere: _____

☐ Geschwister (Name, Alter): _____

Stellung des Kindes in der Familie

☐ Einzelkind ☐ jüngstes Kind ☐ mittleres Kind ☐ ältestes Kind ☐ Zwillingsskind

☐ lebt nicht in der Familie, sondern: _____

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinen Geschwistern? _____

Entwicklung

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme ...

in der Sprachentwicklung? ☐ nein ☐ ja: _____

beim Hören? (z.B. Hörgerät) ☐ nein ☐ ja: _____

beim Sehen? (z.B. Brille) ☐ nein ☐ ja: _____

bei der Sauberkeitserziehung? ☐ nein ☐ ja: _____

bei der motorischen Entwicklung? ☐ nein ☐ ja: _____

Kindergarten- und Schulbesuch

Kindergartenbesuch: _____ Jahre

aktuell besuchte Einrichtung: _____

Klasse: _____ (evtl. wiederholte Jahrgangsstufen: _____)

Klassenleitung: _____

Bei welchen Lehrkräften besucht Ihr Kind den Unterricht gerne?



Bei welchen Lehrkräften besucht Ihr Kind den Unterricht nicht gerne?

_____ vermuteter Grund: _____

Welcher **Schulabschluss** wird angestrebt?

Eltern: _____ Kind (ab 3. Klasse): _____

Nachmittagsbetreuung: _____

Gibt/gab es Probleme beim Besuch einer oder mehreren Einrichtungen?

☐ nein ☐ ja: _____

Freizeit

Wie viele Freunde hat Ihr Kind?

Wie häufig verbringt Ihr Kind seine Freizeit mit Freunden?

Mitgliedschaft in Vereinen/Jugendgruppen: _____ Häufigkeit: _____

weitere Hobbys: _____

Fähigkeiten/Interessen: _____

TV-Konsum: eigener Fernseher im Kinderzimmer? ☐ ja ☐ nein

Dauer: _____ Stunden pro Tag (während der Woche)

_____ Stunden pro Tag (Wochenende)

Lieblingssendung: _____

PC-Konsum: Nutzung hauptsächlich für

☐ Spiele ☐ Social Networking (z.B. Facebook) ☐ Filme/Musik (YouTube)

☐ Recherchen (Nachrichten etc.) ☐ sonstige: _____

Vorerkrankungen des Kindes

(schwere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen)

Kinderkrankheiten: _____ Wann: _____

Unfälle: _____ Wann: _____

Krankenhausaufenthalte (wo, warum, wann): _____

Allergien/Unverträglichkeiten: ☐ nein ☐ ja: _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja: _____

Dosierung: _____

Bislang erfolgte Beratungen

(Beratungslehrkraft, Schulpsychologe, Erziehungsberatungsstelle etc.)
bzw. Behandlungen (Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie etc.)

Was war/ist der Grund? _____

Wer: _____ Wann: _____

Was war/ist der Grund? _____

Wer: _____ Wann: _____

Wird Ihr Kind aktuell in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie oder einem sozialpsychiatrischen Zentrum behandelt?

☐ nein ☐ ja: _____

Welche(s) Anliegen haben Sie an die Schulpsychologische Beratung?

Welche bisherigen Lösungsversuche waren erfolgreich/erfolglos?

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

Schulpsychologischer Dienst im Landkreis Kronach
Dr. Doroté Heil, BerRin
Staatliche Schulpsychologin
Turnstr. 7
96317 Kronach



Staatliche
Schulberatung

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von _____ (Datum: _____)