



## Fragebogen zur Erstberatung

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_ Geschwister (Namen und Alter): \_\_\_\_\_

Lebensumstände (bitte ankreuzen): Sie sind...

die leibliche Mutter     der leibliche Vater     die Stiefmutter     der Stiefvater     \_\_\_\_\_

verheiratet     verwitwet     geschieden     Lebenspartner     alleinerziehend

*Nur bei getrennt lebenden Eltern:* das Kind lebt     bei mir     beim anderen Elternteil

Ihr Partner bei der Erziehung ist     der Vater / die Mutter     ein(e) neue(r) Partner(in)

Arbeiten Sie ganztags, halbtags oder sind Sie Familienfrau bzw. -mann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wer betreut das Kind, wann und wo? Wer macht mit ihm die Hausaufgaben, wer lernt mit ihm?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisher besuchte Betreuung oder Einrichtungen (Großeltern, Krippe, Hort, Kindergarten, Schule, Therapien...), Umfang und Zeitraum:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Was hat Ihr Kind für Hobbies oder Vorlieben? Was macht / mag es gar nicht gern?

---



---



---



---

Wie oft beschäftigt sich Ihr Kind mit folgenden Aktivitäten - bitte kreuzen Sie an und tragen Sie bei täglichen Aktivitäten die ungefähre Dauer ein:

|  | täglich (bitte Dauer angeben) | 1-3 x pro Woche | 1-4x pro Monat | seltener/ nie |
|--|-------------------------------|-----------------|----------------|---------------|
| Pflichten im Haushalt  |                               |                 |                |               |
| Vereine, Instrumentalunterricht u.ä.   |                               |                 |                |               |
| Konstruktionsspielzeug (Lego, Bausteine, Eisenbahn...)   |                               |                 |                |               |
| Spiel draußen  |                               |                 |                |               |
| Geschichten spielen (mit Puppen, Tieren, Figuren, Kaufladen...)  |                               |                 |                |               |
| Elektronischer Zeitvertreib (Im Internet surfen, Konsolen- und PC-Spiele...)                             |                               |                 |                |               |
| Naturwissenschaftliche Interessen (Technik, Experimente, Naturerkundung, Computer programmieren...)      |                               |                 |                |               |
| Basteln, Malen, Werkeln, Handarbeiten, Kochen, Backen  |                               |                 |                |               |
| Bücher lesen   |                               |                 |                |               |
| Geschichten vorgelesen bekommen  |                               |                 |                |               |
| vorgelesene Geschichten nacherzählen   |                               |                 |                |               |
| Sprachspiele, Spiele ohne Spielzeug (ich sehe was, was du nicht siehst, Reimen, Fingerspiele, Rätsel...) |                               |                 |                |               |
| Fernsehen  |                               |                 |                |               |
| Lernspiele (Lernbücher, MiniLük...)  |                               |                 |                |               |
| Musik machen, singen / Musik (bewusst) anhören   |                               |                 |                |               |
| Sonstiges:   |                               |                 |                |               |

Hat bzw. hatte Ihr Kind gesundheitliche Probleme, die die Leistungsfähigkeit und das Lernen zeitweise beeinträchtigen (z.B. Mittelohrentzündung, Sehschwäche, langwierige Infektionskrankheit...)? Bitte geben Sie Art, Häufigkeit und Dauer der Erkrankung an.

---



---



---



---

Wurden in der Vergangenheit testpsychologische Untersuchungen durchgeführt? Was, von wem, aus welchem Anlass und mit welchem Ergebnis? Gibt es weitere psychologische, pädagogische oder medizinische Gutachten bzw. Einschätzungen, die bei unserer Zusammenarbeit von Belang sind? Bitte legen Sie nach Möglichkeit Kopien bei.

---

---

---

---

---

---

---

---

Wie sind die Schulleistungen Ihres Kindes (Notendurchschnitt, stark wechselnde oder gleichbleibende Leistungen...)? Wenn möglich, legen Sie bitte eine Kopie des letzten Zeugnisses bei.

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Fächer bereiten besondere Probleme? Warum? (Wenn möglich, legen Sie bitte Kopien der letzten Prüfungen in den fraglichen Fächern bei).

---

---

---

---

---

---

---

---