



## Fragebogen zur schulischen Situation

Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, um die folgenden Fragen vor Therapiebeginn zu beantworten. Den Aufnahmebogen können Sie ausgefüllt zu Ihrem ersten Behandlungstermin (Aufnahmegespräch) mitbringen oder uns schon vorab zukommen lassen. Vielen Dank!

### Persönliche Daten

Name, Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	

### Allgemeine Situation

Welche Schule besucht Ihr Kind?	
Welche Klasse?	
War die Einschulung regelrecht oder wurde Ihr Kind zurückgestellt?	
Besucht(e) Ihr Kind eine Grundschulförderklasse?	

### Akzeptanz

Geht ihr Kind gerne oder ungerne in die Schule?	
Welche Fächer mag ihr Kind gerne?	
Welche Fächer mag ihr Kind nicht?	
Gibt es Verhaltensprobleme?	

### Aufmerksamkeit/ Selbständigkeit

Fällt es Ihrem Kind schwer, in der Schule aufmerksam zu sein? Wenn ja, in allen Fächern gleichermaßen?	
Weiß Ihr Kind, welche Hausaufgaben es hat?	
Ist Ihr Kind häufig vergesslich/ nachlässig?	
Fällt es Ihrem Kind schwer, selbständig die Hausaufgaben zu erledigen?	
Bekommt Ihr Kind Nachhilfe? Wenn ja, in welchen Fächern?	

Wie bestreitet Ihr Kind den Schulweg?	
---------------------------------------	--

### Soziale Integration

Besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Lehrkräften?	
Erzählt Ihr Kind von sich aus von seinen Erlebnissen in der Schule?	
Fühlt sich Ihr Kind im Klassenverbund integriert (zugehörig)?	
Hat Ihr Kind Freunde?	
Ist Ihr Kind öfters in Rivalitäten/ Streitigkeiten verwickelt?	
Gibt es dauerhafte Konflikte mit einzelnen Mitschülern?	

### Leistungseinschätzung

Mein Kind hat Schwierigkeiten bei... (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Schreiben/ Abschreiben	<input type="checkbox"/> Umgang mit Zahlen/ Mengen
<input type="checkbox"/> Schriftbild (z.B. schwer leserlich)	<input type="checkbox"/> Zahlenraum bis 10
<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Zahlenraum über 10
<input type="checkbox"/> Ausdauer beim Schreiben/ Lesen	<input type="checkbox"/> Textaufgaben
<input type="checkbox"/> geübtes Diktat	<input type="checkbox"/> macht viele Flüchtigkeitsfehler
<input type="checkbox"/> ungeübtes Diktat/ lautgetreues Schreiben	<input type="checkbox"/> Sportunterricht
<input type="checkbox"/> Aufsatz erzählen	<input type="checkbox"/> Aufgabenverständnis

Klagt Ihr Kind häufig über Kopfschmerzen oder andere Beschwerden beim Lernen?	
---	--

### Bisheriger Verlauf

Was haben Sie bisher bereits wegen den genannten Schwierigkeiten unternommen?
Was hat hierbei schon gut funktioniert bzw. zu Teilerfolgen beigetragen?

## Freizeitverhalten

Bitte beschreiben Sie kurz den typischen Ablauf eines Schultages **nach** Schulschluss:

Welches sind die drei liebsten Freizeitbeschäftigungen Ihres Kindes?

Welches sind die drei wichtigsten Spielsachen Ihres Kindes?

## Medien

Welches der folgenden Geräte benutzt Ihr Kind regelmäßig?

Gerät	Durchschnittliche Nutzungsdauer pro Tag
<input type="checkbox"/> Smartphone	
<input type="checkbox"/> Tablet	
<input type="checkbox"/> Fernseher	
<input type="checkbox"/> PC	
<input type="checkbox"/> Mobile Spielekonsole (z.B. Nintendo)	
<input type="checkbox"/> Stationäre Spielekonsole (z.B. Playstation)	
<input type="checkbox"/> Soziale Netzwerke (z.B. Instagram)	

## Darstellung der Problematik

Problematik aus Sicht **des Kindes**

Problematik aus Sicht **der Eltern**

Problematik aus Sicht **der Lehrkräfte**