

Praxisstempel

## SCHULSCHWIERIGKEITEN-FRAGEBOGEN FÜR ELTERN

Sehr geehrte Eltern

Damit wir die Schulschwierigkeiten Ihres Kindes umfassend abklären können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Ihre Antworten unterstehen natürlich dem Arztgeheimnis. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an uns. Besten Dank!

Name: ..... Vorname:.....

Geb.dat: ..... Datum: .....

### Bisherige Entwicklung / Persönlichkeit des Kindes

1. Bitte beschreiben Sie in Stichworten, was Ihr Kind sehr gerne macht u/o gut kann bzw. was es nicht sonderlich gerne macht u/o nicht gut kann.

Stärken / Lieblingsbeschäftigung	Schwächen / Ausweichverhalten

2. Wer in Ihrer Familie und Umgebung beurteilt die Entwicklung Ihres Kindes als derart auffällig, dass es Fertigkeiten nicht altersgerecht erlernen kann (=Entwicklungsstörung)? Wird das Kind deswegen ausgelacht u/o zeigt es unpassende Verhaltensmuster (bitte ankreuzen)?

Beurteiler	Entwicklungsstörung?			Leidensdruck?	
	ja	nein	unklar	wird ausgelacht	Verhaltensstörung
Vater					
Mutter					
Grosseltern					
KindergärtnerIn					
LehrerIn					
Kinderarzt					
...					
...					

3. Die Schulschwierigkeiten wurden...

<input type="checkbox"/> <b>bisher nicht abgeklärt</b> weiter Frage 5.	<input type="checkbox"/> <b>abgeklärt und <i>genauer definiert</i> als</b>	
	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS)	<input type="checkbox"/> Psychoorganisches Syndrom (POS)
	<input type="checkbox"/> Allgemeine Lernstörung (ALS)	<input type="checkbox"/> Motorische Störung (MS)
	<input type="checkbox"/> Anpassungsstörung (AS)	<input type="checkbox"/> Sprachentwicklungsstörung (SES)
	<input type="checkbox"/> Emotionale Störung (ES)	<input type="checkbox"/> Verhaltensstörung (VS)
	<input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreibstörung (LRS)	<input type="checkbox"/> Zahlen-Rechenstörung (ZRS)
	<input type="checkbox"/> <b>abgeklärt und <i>nicht genauer definiert</i></b>	

4. Folgende Institution/Fachperson hat die Abklärung durchgeführt (bitte Namen und Datum angeben):

<input type="checkbox"/> Kinderarzt/ärztin: ...	<input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Dienst (HPD)	<input type="checkbox"/> Schul. Heilpädagoge: ...
<input type="checkbox"/> Neuropädiater/In: ...	<input type="checkbox"/> Logopädin: ...	<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst (SPD) ...
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatr. Zentrum: ...	<input type="checkbox"/> ErgotherapeutIn: ...	<input type="checkbox"/> Psychologe/In: ...
<input type="checkbox"/> Hals-/Nasen-/Ohrenarzt: ...	<input type="checkbox"/> Alternativperson: ...	<input type="checkbox"/> HomöopathIn: ...

**Aktuelle Problematik**

5. Die aktuelle Problematik besteht seit

<input type="checkbox"/> immer schon	<input type="checkbox"/> Kindergarteneintritt	<input type="checkbox"/> Schuleintritt
<input type="checkbox"/> Ereignis (Unfall/Krankheit, anderes): ...		

6. Die Hauptproblematik betrifft folgende Fähigkeiten / Fertigkeiten (Mehrfachnennungen und Ergänzungen möglich):

<input type="checkbox"/> Sprachvermögen	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/> Motivation
<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Ausdauer	<input type="checkbox"/> Speicherung von Wissen
<input type="checkbox"/> Schreiben	<input type="checkbox"/> Konzentration	<input type="checkbox"/> Einfühlungsvermögen
<input type="checkbox"/> Rechnen / Geometrie	<input type="checkbox"/> Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> Grobmotorik
<input type="checkbox"/> Technisches Interesse	<input type="checkbox"/> Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/> Zeichenmotorik
<input type="checkbox"/> Sozialkontakt	<input type="checkbox"/> Impulskontrolle	<input type="checkbox"/> Feinmotorik
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Praktisches Können

**7. Hatte jemand von Ihnen als Kind ähnliche Schwierigkeiten?**

<input type="checkbox"/> niemand	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
<input type="checkbox"/> sonstige Verwandte: ....		

**Begleitsymptome**

**8. Bitte kreuzen Sie an, ob Ihr Kind derzeit folgende körperliche u/o psychische Symptome zeigt (Mehrfachnennungen und Ergänzungen möglich):**

<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Traurigkeit
<input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Selbstzweifel
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Lustlosigkeit
<input type="checkbox"/> Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Aggressivität
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug

**Familiäre und schulische Bedingungen**

**9. Die Problematik könnte aus Ihrer Sicht am ehesten zusammenhängen mit**

<input type="checkbox"/> Klassen- u/o Lehrpersonenwechsel weiter Frage 9. a)	<input type="checkbox"/> Veränderung in Familie weiter Frage 9. b)	<input type="checkbox"/> Veränderung im Freundeskreis weiter Frage 9. c)
<input type="checkbox"/> anderes Ereignis: ....		

**9. a) Welche Störungsform vermuten Sie in der Schule?**

<input type="checkbox"/> Beziehungsproblem Kind – Lehrperson	<input type="checkbox"/> ungünstiges Klassenklima	<input type="checkbox"/> aktives Ausstossen (Bullying / Mobbing)
---	---	---

**9. b) Welche psychosozialen Belastungsfaktoren bestanden in den letzten 6 Monaten in Ihrer Familie?**

<input type="checkbox"/> Trennung / Scheidung	<input type="checkbox"/> schwere Krankheit eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/> Tod eines Familienmitgliedes
<input type="checkbox"/> Finanzielle Notsituation	<input type="checkbox"/> andere:	

**9. c) Welche psychosozialen Veränderungen im Freundeskreis hätten sich belastend auf ihr Kind auswirken können?**

<input type="checkbox"/> Umzug in neue Umgebung	<input type="checkbox"/> schwere Krankheit eines/r engen Freundes/in	<input type="checkbox"/> Tod eines Freundes
<input type="checkbox"/> Bedrohung durch u/o Konflikte in Umgebung	<input type="checkbox"/> andere:	

## Lernumgebung

10. Beschreiben Sie unter welchen Umständen Ihr Kind derzeit schulisch lernt, Hausaufgaben macht und wie es psychosozial integriert ist (bitte ankreuzen):

Unser Kind...	Ja	Nein	Unklar
spricht in der Schule seine Muttersprache			
ist fremdsprachig und hat die Schulsprache gelernt			
- versteht die Schulsprache gut			
- spricht die Schulsprache gut			
macht Hausaufgaben in der Schule			
macht Hausaufgaben unbegleitet zuhause			
macht Hausaufgaben begleitet zuhause			
hat Freunde in der Klasse			
hat Freunde im familiären Umfeld			
fühlt sich auf dem Schulweg sicher			
muss auf dem Schulweg begleitet werden			
ist sportlich regelmässig aktiv			
- macht mit bei (Verband/Club): ...			
beteiligt sich regelmässig an Freizeitaktivitäten			
- macht mit bei Pfadfindern/Blauring			
- macht Musik			
schaut regelmässig TV (bitte Std/Tg angeben)			
spielt regelmässig PC-Spiele (bitte Std/Tg angeben)			
nutzt das Internet zum surfen/chatten (bitte Std/Tg angeben)			

## Bisherige Therapien

11. Hat Ihr Kind bisher eine Fördermassnahme oder Therapie erhalten?

<input type="checkbox"/> ja	weiter Frage 12.	<input type="checkbox"/> nein	weiter Frage 13.
-----------------------------	------------------	-------------------------------	------------------

12. Welche Fördermassnahmen oder Therapien hat Ihr Kind bisher erhalten (ankreuzen bitte) ?  
Wieviel nützte diese Ihrem Kind (1 = wenig Nutzen, 6 = sehr guter Nutzen).

Therapieart	Genauere Bezeichnung	Dauer (Mt.)	Nutzen
<input type="checkbox"/> Stütz-/ Förderunterricht			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Psychomotoriktherapie			
<input type="checkbox"/> Physiotherapie			
<input type="checkbox"/> Logopädische Therapie			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> Medikamentöse Therapie			
<input type="checkbox"/> Alternativtherapie(n)			

## Ergänzende Angaben

**13.** Damit mit dieser Abklärung sinnvolle und nutzbringende Massnahmen eingeleitet werden können, wünschen wir Eltern, dass

	Ja	Nein
unser Kind beim Auswertungsgespräch dabei ist.		
folgende Lehr- u/o Therapiepersonen beim Auswertungsgespräch dabei sind: ... ... ...		
wir einen zusammenfassenden Bericht erhalten.		

**14.** Bei Fragen sind wir am besten erreichbar

unter folgender Telefonnummer: .....

unter folgendem Email: .....

**15.** Folgende Ergänzungen sind uns wichtig:

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte schicken oder faxen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen an unsere Praxisadresse. Nach dessen Auswertung werden wir Sie kontaktieren und die nächsten Abklärungsschritte mit Ihnen besprechen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihr aktives Mitmachen!