

# ERGÄNZUNGSFRAGEN SEHEN/ELTERN

Bitte Zutreffendes ankreuzen und gegebenenfalls erläutern:

- |   |    |      |
|---|----|------|
| 1. Hat(te) Ihr Kind Probleme beim Lesenlernen?  | Ja | Nein |
| 2. Liest Ihr Kind gerne?  | Ja | Nein |
| 3. Kann Ihr Kind beim Ausmalen von Bildern die Begrenzungslinien einhalten?   | Ja | Nein |
| 4. Kann Ihr Kind beim Schreiben in den Linien bleiben?  | Ja | Nein |
| 5. Wirkt Ihr Kind beim Lesen angestrengt?   | Ja | Nein |
| 6. Reibt es sich z.B. die Augen oder zeigt schnell Ermüdungszeichen?  | Ja | Nein |
| 7. Macht Ihr Kind viele Fehler beim Abschreiben von der Tafel?  | Ja | Nein |
| 8. Muss Ihr Kind seinen Nachbarn beim Abschreiben von der Tafel um Hilfe bitten?                                    | Ja | Nein |
| 9. Macht Ihr Kind viele Fehler beim Abschreiben aus dem Buch?   | Ja | Nein |
| 10. Macht Ihr Kind viele Fehler bei Laufdiktaten?   | Ja | Nein |
| 11. Verliert Ihr Kind beim Lesen schnell die Zeile?   | Ja | Nein |
| 12. Haben Sie Ihr Kind schon einmal dem Augenarzt vorgestellt, da Sie den Verdacht hatten, dass es nicht gut sieht? | Ja | Nein |
| 13. War die Überprüfung des Sehvermögens beim Augenarzt in Ordnung?   | Ja | Nein |
| 14. Hat der Augenarzt eine Überprüfung der Sehverarbeitung vorgenommen?   | Ja | Nein |

**Auffälligkeiten:**

---

---

---

---

# ERGÄNZUNGSFRAGEN SEHEN/KIND

(Wenn das **Kind** alt genug ist beantwortet es diese Fragen selbst – ansonsten beantworten Sie als Eltern diese Fragen auf Grund Ihrer Beobachtung)

## Anstrengungsbeschwerden:

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Reibst Du Dir oft die Augen oder blinzelst Du oft?            | Ja | Nein |
| 2. Brennen Deine Augen beim Lesen oder bei den Hausaufgaben?     | Ja | Nein |
| 3. Spürst Du beim Lesen Druck oder Schmerzen um die Augen?       | Ja | Nein |
| 4. Fällt Dir das Lesen nach einiger Zeit schwerer?               | Ja | Nein |
| 5. Hast Du Schwierigkeiten Dir das eben Gelesene zu merken?      | Ja | Nein |
| 6. Hast Du Schwierigkeiten Dich beim Lesen zu konzentrieren?     | Ja | Nein |
| 7. Verwechselst du häufig Buchstaben?                            | Ja | Nein |
| 8. Lässt Du manchmal Endungen weg?                               | Ja | Nein |
| 9. Wirst Du beim Lesen schnell müde?                             | Ja | Nein |
| 10. Wirst Du beim Fernsehen, Computer oder Gameboy spielen müde? | Ja | Nein |
| 11. Wird deine Schrift nach längerer Schreibdauer schlechter?    | Ja | Nein |

## Sehstörungen:

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Machst Du mehr Fehler beim Lesen oder Schreiben wenn Du müde bist?                    | Ja | Nein |
| 2. Ist die Schrift an der Tafel manchmal unscharf wenn Du vom Heft an die Tafel schaust? | Ja | Nein |
| 3. Ist die Schrift im Heft manchmal unscharf, wenn Du von der Tafel ins Heft schaust?    | Ja | Nein |
| 4. Ist die Schrift dauernd unscharf oder verschwimmt?                                    | Ja | Nein |
| 5. Tanzen oder springen die Buchstaben?  | Ja | Nein |
| 6. Verrutschst Du beim Lesen manchmal in der Reihe?                                      | Ja | Nein |
| 7. Benutzt Du beim Lesen deinen Finger oder ein Lineal?                                  | Ja | Nein |
| 8. Siehst Du beim Lesen manchmal doppelt?  | Ja | Nein |
| 9. Kannst du Entfernungen schlecht schätzen?   | Ja | Nein |
| 10. Hast Du Probleme einen kleinen Ball zu fangen?                                       | Ja | Nein |

11. Schlägst Du beim Federball oft daneben? Ja Nein
12. Hast Du Kopfschmerzen? Ja Nein
- Wie oft? \_\_\_\_\_ (1mal wöchentlich, 1mal am Tag, zu bestimmten Zeiten?)
  - Wo? \_\_\_\_\_ (um die Augen, Stirn, Schläfe, Schädeldecke oben?)

### Allgemein

1. Liest du gerne? Ja Nein
2. Was liest du gerne? Comics oder Bücher? \_\_\_\_\_
3. Wie lange liest du am Stück? \_\_\_\_\_
4. Bastelst oder puzzelst Du gerne? Ja Nein

# ERGÄNZUNGSFRAGEN HÖREN:

Bitte Zutreffendes ankreuzen und gegebenenfalls erläutern

1. Gab es bei Ihrem Kind Verzögerungen in der motorischen Entwicklung? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, welcher Art)**
  
2. Gab es bei Ihrem Kind Verzögerungen in der Sprachentwicklung? Ja Nein  
**Wenn ja, bitte ankreuzen**
  - Aussprache
  - fehlerhafte Grammatik
  - fehlerhafter Satzbau
  - kleiner Wortschatz
  - Aussprachefehler bei einzelnen Buchstaben
  
3. Hat Ihr Kind Sprachtherapie bekommen? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, wie lange und warum. Bitte Bericht beilegen, wenn vorhanden)**
  
4. Probleme mit Ohrinfektionen/Paukenergüssen/Hörproblemen? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, wann und wie oft)**
  
5. Wurden Untersuchungen zum Hörvermögen durchgeführt? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis. Bitte Bericht beilegen, wenn vorhanden)**
  
6. Wurden Untersuchungen zur Hörverarbeitung durchgeführt? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis. Bitte Bericht beilegen, wenn vorhanden)**
  
7. Wurden die Ohren Ihres Kindes operiert? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, welche OP und wann)**
  
8. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Hintergrundgeräuschen? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, welcher Art)**
  
9. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, gesprochene Informationen oder Anweisungen zu merken? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele)**
  
10. Hat Ihr Kind Verständnisprobleme bei Fragen? Ja Nein  
**Erläuterung: (Wenn ja, welcher Art)**
  
11. Mißversteht Ihr Kind Worte? Ja Nein

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 12. Antwortet Ihr Kind langsam, zögernd auf gesprochene Fragen oder Informationen? | Ja | Nein |
| <b>Erläuterung: (Wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele)</b>                          |    |      |
| 13. Muss Ihr Kind oft nachfragen?  | Ja | Nein |
| 14. Hat Ihr Kind eine flache, monotone Stimme?                                     | Ja | Nein |
| 15. Kann Ihr Kind gut Lieder nachsingen? Trifft es die Töne?                       | Ja | Nein |
| <b>Erläuterung:</b>  |    |      |
| 16. Ist Ihr Kind überempfindlich gegenüber Geräuschen oder bestimmten Geräuschen?  | Ja | Nein |
| <b>Erläuterung: (Wenn ja, nennen Sie bitte Beispiele)</b>                          |    |      |
| 17. Hat Ihr Kind Lese Probleme?  | Ja | Nein |
| 18. Hat Ihr Kind ein schwaches Leseverständnis?                                    | Ja | Nein |
| 19. Hat Ihr Kind Probleme beim lauten Lesen?                                       | Ja | Nein |
| 20. Hat Ihr Kind Probleme beim Buchstabieren?                                      | Ja | Nein |

# ERGÄNZUNGSFRAGEN EMOTIONALE ENTWICKLUNG

- |  |    |      |
|--|----|------|
| 1. Hat Ihr Kind eine geringe Frustrationstoleranz?   | Ja | Nein |
| 2. Wird Ihr Kind schnell wütend?<br><b>Erläuterung:</b>  | Ja | Nein |
| 3. Zeigt Ihr Kind in manchen Situationen ein aggressives Verhalten?<br><b>Erläuterung:</b>             | Ja | Nein |
| 4. Zeigt Ihr Kind in manchen Situationen eher Rückzugstendenzen?<br><b>Erläuterung:</b>                | Ja | Nein |
| 5. Ist Ihr Kind eher scheu und schüchtern?<br><b>Erläuterung:</b>                                      | Ja | Nein |
| 6. Zeigt Ihr Kind bei Anforderungen vermeidendes Verhalten?<br><b>Erläuterung:</b>                     | Ja | Nein |
| 7. Vermeidet Ihr Kind Blickkontakt?<br><b>Erläuterung:</b>   | Ja | Nein |
| 8. Zeigt Ihr Kind autistische Tendenzen? Ist es sehr in seiner Welt „gefangen“?<br><b>Erläuterung:</b> | Ja | Nein |
| 9. Kann Ihr Kind in Kontakt mit seiner Umwelt treten?<br><b>Erläuterung:</b>                           | Ja | Nein |
| 10. Kann Ihr Kind Rücksicht auf andere Kinder oder Menschen nehmen?<br><b>Erläuterung:</b>             | Ja | Nein |
| 11. Zeigt Ihr Kind wenig Motivation und Interesse?<br><b>Erläuterung:</b>                              | Ja | Nein |
| 12. Ist ihr Kind manchmal irritiert?<br><b>Erläuterung:</b>  | Ja | Nein |
| 13. Kann Ihr Kind verlieren?<br><b>Erläuterung:</b>  | Ja | Nein |

14. Kann Ihr Kind Kritik vertragen? Ja Nein

**Erläuterung:**

15. Kann Ihr Kind es vertragen, wenn Sie es auf Fehler hinweisen? Ja Nein

**Erläuterung: (Wenn nein, nennen Sie bitte Beispiele)**

16. Hat Ihr Kind Probleme mit seinem Selbstwert? Ja Nein

**Erläuterung:**