

VORBEREITUNG FÜR DIE LERNFÖRDERUNG

Die Beantwortung der Fragen ermöglicht ein gutes Gespräch. Ich bin Ihnen dankbar, wenn Sie mir den Fragebogen zwei Tage vor dem Gespräch zukommen lassen können.

Besten Dank

Persönliche Daten

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Name der Eltern: _____

1. Telefon: _____

2. Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ Komplementärzusatz: ja nein

Rechnung: Online Post

Anmerkungen:

Ausgangssituation

Schildern Sie den Grund des Kommens:

Wie äussert sich die Thematik?

Wie sieht Ihr Kind die momentane Situation?

Will Ihr Kind Hilfe? ja nein

Inwieweit haben Sie Unterstützung erhalten oder selbst Massnahmen ergriffen?

Welche Ziele für die Lernförderung wünschen Sie sich?

Häusliches Umfeld

Lebt das Kind: bei den Eltern bei der Mutter beim Vater

bei Betreuungspersonen, bei wem?

Wer lebt ausserdem mit im Haushalt:

Geschwister? Name/Alter: _____

Grosseltern? Wer: _____

Weitere Personen? Wer: _____

Haustier/e Welche/s: _____

Hat das Kind noch weitere Geschwister, die ausserhalb des Haushalts leben?

Name/Alter: _____

Mögliche Belastungsfaktoren:

Sind im häuslichen Bereich des Kindes in der letzten Zeit eine oder mehrere der folgenden Ereignisse eingetreten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> familiärer Stress | <input type="checkbox"/> finanzielle Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Trennung/Scheidung | <input type="checkbox"/> Unfall / Krankheit im nahen Umfeld |
| <input type="checkbox"/> Umzug | |
| <input type="checkbox"/> andere: | |
-

Wie oft nutzt Ihr Kind Medien:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> gelegentlich (ein paarmal die Woche) |
| <input type="checkbox"/> täglich weniger als eine Stunde | <input type="checkbox"/> täglich mehr als eine Stunde: _____ Std. |
| <input type="checkbox"/> meist alleine | <input type="checkbox"/> meist mit anderen |

Welchen Freizeitaktivitäten geht Ihr Kind nach?

Hilft Ihr Kind im Haushalt?

- nein ja, welche Aufgaben?
-
-

Wieviel Zeit in etwa verbringt Ihr Kind wöchentlich:

- | | | | |
|-----------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Mit der Familie | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> viel |
| Mit Freunden | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> viel |
| Mit Hobbies | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> viel |
| Mit Sport | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> viel |
| alleine | <input type="checkbox"/> wenig | <input type="checkbox"/> oft | <input type="checkbox"/> viel |

Beschreiben Sie die Stärken Ihres Kindes:

Schulischer Bereich

Auf welche Schule geht Ihr Kind zurzeit?

In welche Klasse? _____

Schulweg: _____

Gab es Klassenwechsel / Wiederholungen? nein wenn ja, wann?

Wie viele SchülerInnen sind in der Klasse? _____

Geht Ihr Kind gerne zur Schule? ja nein (Das Kind antworten lassen)

Fühlt sich Ihr Kind in der Klasse wohl? ja nein (Das Kind antworten lassen)

Sind Ihnen Fälle von Mobbing bekannt? ja nein

Welches sind die Lieblingsfächer Ihres Kindes? (Das Kind antworten lassen)

Welche Fächer mag es (überhaupt) nicht? (Das Kind antworten lassen)

Gab es längere Fehlzeiten im Unterricht? ja nein

Wenn ja, wie lange:

weshalb:

Sind schulische Leistungen plötzlich rasch stark abgefallen? nie selten oft

Sind schulische Leistungen plötzlich rasch stark angestiegen? nie selten oft

Verbringt Ihr Kind mit den Hausaufgaben täglich:

auffällig wenig Zeit auffällig viel Zeit entsprechend der Schulstufe

Benötigt Ihr Kind bei den Hausaufgaben Unterstützung? nein wenn ja, in welcher Form?

Weitere Anmerkungen zu den Hausaufgaben:

Bekommt Ihr Kind IF? nein ja, in welchen Fächern und durch wen?

Klagt Ihr Kind über Lehrpersonen?

nein wenn ja, welche Unterrichtsfächer?

Hat Ihr Kind Prüfungsangst?

nein wenn ja, wie äussert sich diese?

Wie intensiv übt Ihr Kind vor einer Prüfung? wenig viel sehr viel

Wie sehen Prüfungsergebnisse durchschnittlich aus?

Lernumgebung (Wo, Wie, Wann):

Gab oder gibt es besondere Probleme in der Primarschule bei:

Deutsch:

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> laut lesen | <input type="checkbox"/> leise lesen | <input type="checkbox"/> Leseverständnis | <input type="checkbox"/> Rechtschreibung |
| <input type="checkbox"/> Schriftbild | <input type="checkbox"/> abschreiben | <input type="checkbox"/> geübte Diktate | <input type="checkbox"/> ungeübte Diktate |
| <input type="checkbox"/> Aufsätze | <input type="checkbox"/> Textaufgaben | | |

Mathematik:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rechnen im Zahlenraum bis 10 | <input type="checkbox"/> Rechnen im Zahlenraum bis 20 |
| <input type="checkbox"/> lernen/behalten des kleinen 1x1 | <input type="checkbox"/> Verständnis der Zehnersystems |
| <input type="checkbox"/> Textaufgaben | |

Wird Ihr Kind von der Lehrperson im Verhalten eher beschrieben als:

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> still | <input type="checkbox"/> zurückhaltend | <input type="checkbox"/> lebhaft | <input type="checkbox"/> aufdringlich |
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> müde | <input type="checkbox"/> unaufmerksam | <input type="checkbox"/> konzentriert |
| <input type="checkbox"/> in sich gekehrt | <input type="checkbox"/> kontaktfreudig | <input type="checkbox"/> findet schwer Anschluss | |

Sind weitere Problemfelder bekannt?

Gesundheit und Entwicklung

Gab es Besonderheiten bei der Geburt?

Wann fing Ihr Kind an zu sprechen?

Gab oder gibt es Sprachschwierigkeiten? nein wenn ja, welche?

Wann fing Ihr Kind an zu laufen?

Gab oder gibt es motorische Schwierigkeiten? nein wenn ja, welche?

Aktuelle Grösse des Kindes: _____ cm

Gewicht des Kindes: _____ kg

Ist Ihr Kind häufig krank? nie selten häufig

Ist bei Ihrem Kind eine Hörschwäche diagnostiziert worden?

nein ja: welche, wie behandelt?

Ist bei Ihrem Kind eine Sehschwäche diagnostiziert worden? (z.B. Sehhilfe, Farbblindheit)

nein ja: welche, wie behandelt?

Ist bei Ihrem Kind eine Fehlhaltung diagnostiziert worden?

nein ja: welche, wie behandelt?

Benötigt Ihr Kind regelmässig Medikamente?

Welche: _____ seit wann: _____ wie oft: _____

Wie sind die Schlafgewohnheiten Ihres Kindes?

Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen?

nie selten häufig beidseitig nur links nur rechts

Wie lange halten die Kopfschmerzen meist an?

Klagt Ihr Kind über Bauchschmerzen: nie selten häufig

Wie lange halten die Bauchschmerzen meist an?

Klagt Ihr Kind über Übelkeit: nie selten häufig

Wie lange hält die Übelkeit meist an?

Zeigt Ihr Kind Auffälligkeiten im Verhalten? nein wenn ja, welche?

Welche Mahlzeiten nimmt Ihr Kind regelmässig zu sich?

Frühstück Znüni Mittagessen Zvieri Abendessen

Zwischenmahlzeiten: welche, wie häufig:

Abschliessende Bemerkungen

Bitte legen Sie Kopien von eventuell vorhandenen Gutachten, Untersuchungsberichten, Testergebnissen o.ä. bei.

Kopien beigelegt Keine vorhanden

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Daten in der Praxis unter Einhaltung der aktuellen Datenschutz-Richtlinien behandelt und archiviert werden dürfen.

Ort, Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

Wie sind sie auf meine Praxis aufmerksam geworden:

- Internet
 Empfehlung
 Sonstiges:

Die Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.
Eine Weitergabe ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung Ihrerseits erlaubt.

Herzlichen Dank, ich freue mich auf Ihr Kommen.

schmid bewegt.
kinesiologie
Mirjam Schmid
KomplementärTherapeutin

Zellmatte 8
6214 Schenkon
Mobile 079 376 72 76
info@schmid-bewegt.ch
www.schmid-bewegt.ch