

Eltern-Erfassungsbogen für Schülerinnen und Schüler

1. Persönliche Daten

	Name, Vorname	Geburtsdatum
Kind		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Mutter		
Vater		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Wohnort		
Telefon, E-Mail		

2. Vorstellungsgrund

Wer hat den Vorschlag gemacht, für Ihr Kind Unterstützung vom Förder- und Beratungszentrum Hören und Kommunikation anzufragen?

3. Frühkindliche Entwicklung

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung in den ersten Lebensjahren? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?

4. Sprachentwicklung - Kommunikation

Gibt es einen mehrsprachigen Hintergrund? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Sprachen werden in Ihrer Familie gesprochen?
Wann sprach Ihr Kind die ersten Wörter (<i>Mama, Papa, usw.</i>)? In welcher Sprache?
Wann sprach Ihr Kind erstmals kurze Sätze? In welcher Sprache?
Spricht Ihr Kind jetzt deutlich und verständlich? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Spricht ihr Kind altersgemäß? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

5. Fördermaßnahmen

<p>Welche Fördermaßnahmen/Therapien erhielt Ihr Kind bis heute? (Integrativer Kindergarten, Frühförderung, Heilpädagogik, Logopädie, Ergo-, Psycho-, LRS-Therapie ..) Bitte notieren Sie die ungefähren Zeiträume!</p>
<p>Welche Fördermaßnahmen/Therapien erhält Ihr Kind zurzeit? (Integrativer Kindergarten, Frühförderung, Heilpädagogik, Logopädie, Ergo-, Psycho-, LRS-Therapie ..) Bitte schicken Sie die aktuellen Berichte mit!</p>

6. Schule

<p>Welche Schule besucht Ihr Kind zurzeit (Name, Anschrift, Ansprechpartner)? (Schicken Sie bitte eine Kopie des letzten Zeugnisses mit!)</p>
<p>Was läuft gut?</p>
<p>Gibt es schulische Probleme?</p>

7. Bisherige Diagnostik

<p>Gab es bei Ihrem Kind schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?</p>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<p>Wurde Ihr Kind schon einmal im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) vorgestellt? Wenn ja, warum?</p>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<p>Bitte den letzten Bericht mitschicken!</p>		
<p>Liegt ein Intelligenztest vor? Wenn ja, bitte den Bericht mitschicken!</p>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<p>Wurde eine AD(H)S-Diagnostik durchgeführt? Wenn ja, bitte den Bericht mitschicken!</p>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ohrprobleme in der bisherigen Entwicklung		
Mittelohrentzündungen oder Paukenergüsse	im Alter von 0 - 2 Jahren	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	im Alter von 2 - 4 Jahren	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	später/ aktuell wann?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Paukenröhrchen Wenn ja, wann? Wie häufig? Derzeit?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Hat/ hatte ihr Kind:		
ein „Loch“ im Trommelfell	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
eine Polypen-Entfernung	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
eine Mandel-OP	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
auffallend häufige Erkältungsinfekte	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
allergischen Schnupfen	<input type="checkbox"/> ja, wann:	<input type="checkbox"/> nein
Derzeit zuständiger HNO-Arzt (Name, Anschrift, Telefon):		
Die letzte HNO-ärztliche Untersuchung war am: (Bitte Befundbericht mitschicken!)		

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten