

Anamnesebogen für die Beratung



Praxis für Lerntherapie

1. Allgemeine Informationen:

Name des Kindes

Geburtsdatum

Schulklasse

Name des Vaters / der Mutter / der Erziehungsberechtigten

Straße

Telefon

PLZ

Ort

E-Mail

Gibt es Geschwister? Ja / nein Wenn ja, wie viele? 1 2 3 4 5 6

Sind beide Eltern berufstätig? nein ganztags halbtags zeitweise

Falls ganztags: wer betreut Ihr Kind nachmittags? Hort Verwandte Sonstige ist allein

Name und Anschrift der Schule

Klassenlehrer/in: _____

Mathematiklehrer/in: _____

2. Gründe für die Beratung:

Antworten

Was macht Ihnen am meisten Sorge? _____

Seit wann beobachten Sie das ? _____

In welcher Klasse fielen erstmals Rechenprobleme auf? 1. 2. 3. 4.

Wie ist der momentane Leistungsstand Ihres Kindes in Mathematik? Note 2 3 4 5

Nimmt/Nahm es an einem schulischen Förderkurs teil? ja nein

Wenn ja, wann und wie oft pro Woche ? Klasse: 1x 2x 3x

Gibt es Probleme in anderen Fächern? ja / nein

In welchen ? Deutsch / Sachkunde / Fremdsprachen / Sonstige

Gibt es Veränderungen in den Leistungen zum Vorjahr? ja / nein

Welche Verhaltensweisen beunruhigen Sie? _____

(z.B. unkonzentriert, abgelenkt, Klassenclown, ängstlich, aggressiv, hält sich für dumm, weint, Bauchschmerzen, überschätzt sich, unruhig, schweigt, zeigt sich unbeeindruckt....)

3. Schulische Entwicklung

War Ihr Kind im Kindergarten? ja / nein

Wenn ja, in welchem Alter? von bis Jahren

Welche Dinge hat es dort ungern gemacht oder vermieden? _____

Ist es vor der Einschulung zurückgestellt worden? ja / nein

Welche Klasse/n hat Ihr Kind wiederholt? 0 1. 2. 3. 4. 5. 6.

Fiel längere Zeit viel Unterricht aus? ja / nein Wenn ja: In welcher Klasse?

Hat Ihr Kind in der Grundschule Lehrerwechsel erlebt? 0 1 2 3 4

Wenn ja, in welchen Schuljahren? 1. 2. 3. 4.

Gab es einen Schulwechsel? ja / nein wenn ja, wann?

Hat Ihr Kind zum/r jetzigen Mathelehrer/in ein gutes Verhältnis? ja / nein

... und zum/r früheren Mathelehrer/in? ja / nein

Hat Ihr Kind Freunde in seiner Klasse? ja / nein

Welche Fächer/schulischen Aktivitäten mag es? _____

Wo macht Ihr Kind seine Hausaufgaben? _____

Wann macht es gewöhnlich die Hausaufgaben? sofort nachmittags abends

Wie viele Stunden benötigt Ihr Kind für alle Hausaufgaben? ½ Std. 1 2 mehr

Helfen Sie (oder ein anderer) bei den Hausaufgaben? ja / nein manchmal

Wie verhält es sich gewöhnlich bei seinen Hausaufgaben für das Fach Mathematik? _____

Gilt das Verhalten auch bei den Hausaufgaben für die anderen Schulfächer ja / nein teils / teils

Wird/Wurde mit dem Kind zusätzlich Kopfrechnen geübt? ja / nein manchmal

Wird/Wurde mit dem Kind zusätzlich das 1x1 geübt? ja / nein manchmal

Wie oft in der Woche? täglich 1x 2x mehr

Wie viele Stunden jeweils? ¼ ½ 1 mehr

Wie reagiert Ihr Kind auf schlechte Noten?

(Bitte beurteilen Sie von:

„0=macht Ihm nichts“ bis: „6=leider extrem“) 0 1 2 3 4 5 6

4. Zur Entwicklung Ihres Kindes

Gab es bei der Geburt Schwierigkeiten? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Wann hat Ihr Kind Laufen gelernt? vor dem 12. Monat zw. 13.-18. danach

Wann hat Ihr Kind Sprechen gelernt? zw. 9.-18. Monat danach

Zeigte es Auffälligkeiten in der Grob- und Feinmotorik? ja / nein

War/ist es deswegen in Behandlung? ja / nein

Bestehen noch Ungeschicklichkeiten? ja / nein

Welche Hand bevorzugt Ihr Kind? rechts links beide Hände

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen ca. 1 Woche vor unserem Termin per Post oder E-Mail zu. Vielen Dank!