



Liebe Eltern

Dieser Fragebogen ist freiwillig auszufüllen und dient als Ergänzung zur Anmeldung beim Schulpsychologischen Dienst. Es besteht auch die Möglichkeit ein persönliches Vorgespräch mit uns zu führen, wenn Sie Ihr Kind zur schulpsychologischen Abklärung begleiten.

Personalien des Kindes

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Falls die Eltern getrennt leben

Bei wem lebt das Kind? _____

Wer hat das Sorgerecht? _____

Hat das Kind Geschwister? Name (Jahrgang)

Anmeldegründe

Was führt Sie zum Schulpsychologischen Dienst?

Was sind Ihre Erwartungen an die schulpsychologische Abklärung?

Welche Lösungsversuche haben Sie bislang unternommen?

Wo liegen die Stärken Ihres Kindes?

Entwicklung des Kindes bis zum Schuleintritt

Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, soweit Sie sich erinnern:

Wenn während der Schwangerschaft / Geburt Schwierigkeiten auftraten, geben Sie bitte kurz an, welcher Art diese waren:

Gab es in der sprachlichen Entwicklung Verzögerungen? Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

Gab es in der motorischen Entwicklung (Körperbewegung, Handarbeit....) Verzögerungen? Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

Hatte Ihr Kind bis zum Schuleintritt während längerer Zeit Verhaltensschwierigkeiten?

Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Mühe, Kontakte zu finden | <input type="radio"/> Schlafstörungen |
| <input type="radio"/> Mühe, sich anzupassen | <input type="radio"/> grosse Ängstlichkeit |
| <input type="radio"/> Mühe, sich durchzusetzen | <input type="radio"/> nächtliches Aufschreien |
| <input type="radio"/> grosse Eifersucht | <input type="radio"/> Nervosität / Unruhe |
| <input type="radio"/> ausgeprägte Trotzphase (2.-3.Lebensjahr) | <input type="radio"/> Ess- / Appetitstörungen |
| | <input type="radio"/> andere.... |

Hat Ihr Kind die Spielgruppe besucht? ja / nein von _____ bis _____

Lernsituation

Wie gestaltet sich die Lernsituation zu Hause? Ist Ihr Kind selbständig? Gibt es Schwierigkeiten?

Betreuungssituation

Wie gestaltet sich die Betreuungssituation, falls Eltern berufstätig sind?

Bisherige Therapien?

Logopädie ja / nein von _____ bis _____ Bei wem? _____

Psychomotorik ja / nein von _____ bis _____ Bei wem? _____

andere Therapien (heilpädagogische Früherziehung, Psychotherapie, Ergotherapie, etc....) ja / nein

Welche? _____ von _____ bis _____ Bei wem? _____

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente? Welche?

Ergänzung

Möchten Sie uns noch etwas Wichtiges mitteilen?

Datum _____

Unterschrift _____