

Schreiben Sie hier, weshalb Sie eine Beratung wünschen.

Von wem wurde die Beratung angeregt?

<input type="checkbox"/>	eigene Idee	<input type="checkbox"/>	Lehrer	<input type="checkbox"/>	andere Beratungsstelle	<input type="checkbox"/>	Bekannte	<input type="checkbox"/>	Sonstige

Haben Sie sich schon früher einmal in Schul- und Erziehungsfragen bei einer anderen Stelle beraten lassen?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	ja	Wann war die Beratung? Bei welcher Stelle?
--------------------------	------	--------------------------	----	--

An welchen Fördermaßnahmen nahm / nimmt Ihr Kind teil?

<input type="checkbox"/>	Stützunterricht Deutsch	<input type="checkbox"/>	Stützunterricht Mathematik	<input type="checkbox"/>	Unterricht bei Lese-/Recht- schreibschwäche	<input type="checkbox"/>	private Nachhilfe
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--	--------------------------	-------------------

Welche Fächer hat Ihr Kind am liebsten?

Mit welchen anderen Kindern kommt ihr Kind in der Freizeit zusammen?						
Mit Nachbarskindern	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig
Mit Klassenkameraden	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig
Mit Vereinskameraden	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig
In Jugendgruppen	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	häufig

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim									
Sehen	<input type="checkbox"/>	Hören	<input type="checkbox"/>	Sprechen	<input type="checkbox"/>	Bewegen	<input type="checkbox"/>	Sonstige:	<input type="checkbox"/>
Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?									
Nie	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	oft	<input type="checkbox"/>		

<u>Testeinverständnis!</u>				
Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Beratung erforderlichen Tests durchgeführt werden.				
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Für die Beratung wäre wichtig, auch die Beobachtungen des Lehrers/der Lehrerin zu berücksichtigen. Ich will es aber nur mit Ihrer Zustimmung tun. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Lehrern/innen spreche bzw. Testunterlagen und Auskünfte bei anderen Beratungsdiensten einhole?				
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Ich möchte erst später darüber entscheiden				
Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem Lehrer/der Lehrerin bzw. mit anderen Beratungsstellen über die Untersuchungsergebnisse spreche?				
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Ich möchte erst später darüber entscheiden				
Datum: _____				
Unterschrift: _____				

**Ich bedanke mich für Ihre Angaben und hoffe auf eine gute Zusammenarbeit.
Ihre Beratungslehrerin**