



Beratung bei Lese- und Rechtschreibproblemen

- Bitte bei der Anmeldung an der Schule ausfüllen soweit Daten bekannt und im Sekretariat abgeben!
- **Achtung:** Bei bereits vorhandenem Gutachten / Attest bitte eine Kopie davon in einem Umschlag beilegen, sowie Kopie vom Zeugnis der 2. und 3. Klasse (wegen Infos zum Schriftspracherwerb).

Datum: _____

1. Schüler / Schülerin:

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

2. Schule: _____ Kl. _____

3. Angaben zur Familie:

Anschrift: _____

Telefon: privat: _____ dienstlich: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Sorgeberechtigte:	Vater	Mutter
Name, Vorname		
<i>Freiwillige Angabe:</i> derzeitige Berufstätigkeit		

Geschwister:

Name	Alter	Schulart, Klasse, Beruf ...	Besonderheiten

4. Beratungsanlass – wünschen Sie einen Beratungstermin zur ... :

- Information Erstdiagnose Folgeüberprüfung LRStö beim Übertritt

Weitere Anliegen: _____

5.a) Bisherige Beratungen / Untersuchungen zu Lese- und Rechtschreibproblemen:

- Lehrkräfte _____ KJP _____
 Beratungslehrkraft _____ Kinderarzt _____
 Schulpsychologe _____ HNO Augenarzt Logopäde
 Erziehungsberatung _____ Therapeut _____

b) Bereits vorhandene Gutachten / Attests zum Lesen und/oder Rechtschreiben:

- LRStö-Nachteilsausgleich/Notenschutz vom _____
 Kinderpsychiatrisches Attest vom _____ keines vorhanden

➔ **Achtung!** Bitte ggf. Kopie eines Gutachtens / Attests in den Bogen einlegen!

6. Weitere bereits vorliegende Diagnosen und bekannte Schwierigkeiten:

- ADS ADHS Konzentrationsprobleme
 Augenprobleme Hörprobleme
 Sprachliche Schwierigkeiten _____
 Motorische Probleme: _____
Sonstiges: _____

7. Stichworte zur Vorgeschichte:

Familiäre Vorgeschichte (z. B. bei Eltern, Geschwistern, etc. ähnliche Schwierigkeiten):

Sprachentwicklung: _____

Leselernprozess: _____

Schreiblernprozess: _____

8. Bisherige Schullaufbahn: Einschulung: eher früh eher spät normal

Klasse	Schulart	Ort

- Übertritt an das Gymnasium nach der _____ Klasse
 die Realschule nach der _____ Klasse
 die Mittelschule nach der _____ Klasse

Übertrittszeugnis: D _____ M _____ HSU _____ (E _____) Schnitt: _____

Probeunterricht: ja nein

Wiederholte Klasse(n): _____ Problemfächer: _____

9. Bisherige Maßnahmen:

<input type="checkbox"/> spezielle LRS- / Legasthenieförderung:	
<input type="checkbox"/> Schulische Förderkurse	
<input type="checkbox"/> Medikamentöse Behandlung	<input type="checkbox"/> Sehhilfe
<input type="checkbox"/> Logopädische Behandlung	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	