



Zur Vorbereitung senden Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen an mich zurück.
Vielen Dank!

Gloria Frenzel, Beratungslehrerin

Schule für Kranke
SBBZ Schüler in längerer Krankenhausbehandlung
Harteneckstr. 32
71640 Ludwigsburg

frenzel-beratung@web.de

Für eine umfassende Beratung bitte ich um folgende Angaben, die ich vertraulich behandeln werde.

ANMELDEBOGEN Grundschule / Primarstufe (Klassen 1-4)

Familiennamen		Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer				Telefon mit Vorwahl	
PLZ, Wohnort					
E-Mail-Adresse					
Staatsangehörigkeit			Welche Sprache wird in der Familie hauptsächlich gesprochen		
Schule: Name, PLZ, Ort			Klasse	Klassenlehrer/in:	
Besonderheiten der Schullaufbahn (Zutreffendes bitte ankreuzen)					
<input type="checkbox"/>	vorzeitige Einschulung		<input type="checkbox"/>	Zurückstellung	
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Schulwechsel	
<input type="checkbox"/>	Wiederholen in Klasse:				
Schulnoten des letzten Zeugnisses bzw. Halbjahresinformation (Bei allgemeinen verbalen Beurteilungen evtl. Kopien beilegen)					
Deutsch	<input type="checkbox"/>	Mathe	<input type="checkbox"/>	Englisch	<input type="checkbox"/>
Musik	<input type="checkbox"/>	BK	<input type="checkbox"/>	Religion	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sport	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SU/MNK	<input type="checkbox"/>

Welche Fächer hat Ihr Kind am liebsten?

Halten Sie Kontakt zur Klassenlehrkraft?			
nie	selten	gelegentlich	häufig

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?	
<hr/> <hr/>	
Lesen:	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> selten
Fernsehen:	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> selten
Computerspiele:	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> selten
Verein:	<input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> selten

Mit welchen anderen Kindern kommt Ihr Kind in der Freizeit zusammen?			
Mit Nachbarskindern	nie	gelegentlich	häufig
Mit Klassenkameraden	nie	gelegentlich	häufig
Mit Vereinskameraden/Jugendgruppe	nie	gelegentlich	häufig
Sonstige:	nie	gelegentlich	häufig

Familiensituation				
Name	Vorname			
Vater		Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf
Mutter		Alter	erlernter Beruf	ausgeübter Beruf
Geschwister		Alter	Beruf oder Schule (Klasse)	

Gibt es zur Zeit Belastungen in der Familie, die sich auf den Alltag Ihres Kindes auswirken können? (Krankheit / Trennung ...)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:

Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen beim						
Sehen	Hören	Sprechen	Bewegen	Sonstige:		

Versäumte Ihr Kind in den letzten zwei Jahren wegen Krankheit den Unterricht?								
<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	oft	<input type="checkbox"/>

Testeinverständnis					
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"/>	Ich möchte erst später entscheiden
Für die Beratung wäre es wichtig, auch die Beobachtungen des <u>Lehrers / der Lehrerin</u> zu berücksichtigen. Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem Lehrer / der Lehrerin spreche und evtl. auch Einsicht in die Klassenarbeiten nehme?					
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Ich möchte erst später entscheiden
Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem Lehrer / der Lehrerin über die <u>Untersuchungsergebnisse</u> spreche?					
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Ich möchte erst später entscheiden
Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit dem <u>Kinderarzt / der Kinderärztin</u> über Ihr Kind und die <u>Untersuchungsergebnisse</u> spreche?					
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Ich möchte erst später entscheiden
Sind Sie damit einverstanden, dass ich mit Mitarbeitern / Mitarbeiterinnen anderer Beratungsstellen über Ihr Kind spreche und evtl. die Testergebnisse zusende bzw. einhole?					
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Ich möchte erst später entscheiden
Adresse / Telefonnummer der entsprechenden Stelle/Person:					
Datum: _____					
Unterschrift: _____					

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

Ihre Gloria Frenzel

Beratungslehrerin