



Beratung bei Lese- und Rechtschreibproblemen

→ Bitte ausfüllen soweit Daten bekannt und in der Schule abgeben!

→ Achtung: Bei bereits vorhandenem Gutachten / Attest
bitte eine Kopie davon in einem Umschlag beilegen

Datum: _____

1. Schüler / Schülerin:

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

2. Schule: _____ Kl. _____

Lehrkraft D: _____ E: _____

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:

Information Erstdiagnose Folgeüberprüfung LRStö

Weitere Anliegen: _____

5. Stichworte zur Vorgeschichte:

Familiäre Vorgeschichte: _____

Sprachentwicklung: _____

Leselernprozess: _____

Schreiblernprozess: _____

6. Bisherige Beratungen / Untersuchungen zu Lese- und Rechtschreibproblemen:

Lehrkräfte _____ KiJuPsy _____

Beratungslehrkraft _____ Kinderarzt _____

Schulpsychologe _____ HNO Augenarzt Logopäde

Erziehungsberatung _____ Therapeut _____

7. **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: _____

Aktueller Notenstand (Ø) in: D _____ E _____ M _____ (F _____)

8. **Bereits vorliegende Diagnosen und bekannte Schwierigkeiten:**

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

9. **Bisherige Maßnahmen:**

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

10. **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!**