

# Schule an der Weinau Oberschule



Kathleen Horn, LRS- Beraterin, Oberschule an der Weinau

Schule an der Weinau  
Oberschule  
Weinauallee 1  
02763 Zittau

Fon: 03583 704231  
Fax: 03583 795581

ms-weinau@t-online.de  
[www.weinauschule.de](http://www.weinauschule.de)

## Anamnese zu einer Lese- Rechtschreibschwäche

### Elternfragebogen

Liebe Eltern, wir bitten Sie, uns stichpunktartig Angaben zu folgenden Punkten zu machen bzw. Nichtzutreffendes durchzustreichen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und nur für das LRS- Feststellungsverfahren verwendet.

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Muttersprache der Eltern: \_\_\_\_\_ Mehrsprachigkeit des Kindes: ja / nein

Klasse: \_\_\_\_\_ Schule: \_\_\_\_\_

### Teil A: Rechtschreiben

Mein Kind ...

lässt Buchstaben oder Silben aus (Wortruinen).  stimmt  stimmt nicht

verwechselt optisch ähnliche Buchstaben  
(a-o, m-n, n-r, t-f, h-k usw.).  stimmt  stimmt nicht

verwechselt akustisch ähnliche Buchstaben  
(o-u, e-i, ü-i, ö-e, b-p, d-t, g-k, w-f usw.).  stimmt  stimmt nicht

schreibt langsam und hat eine verkrampfte  
Schreibhaltung.  stimmt  stimmt nicht

hat einen eingeschränkten Wortschatz beim  
Schreiben im Vergleich zum mündlichen  
Sprachgebrauch.  stimmt  stimmt nicht

## Teil B: Lesen

Mein Kind ...

- |  |                                 |                                       |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| erkennt beim Lesen häufig geübte, „bekannte“ Buchstaben nicht wieder.                    | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| verwechselt optisch ähnliche Buchstaben (a-o, m-n, n-r, t-f, h-k, p-q, d-b usw.)         | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| verwechselt akustisch ähnliche Buchstaben (o-u, e-i, ü-i, ö-e, b-p, d-t, g-k, w-f usw.). | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| versteht den Inhalt des Gelesenen oft nicht und kann ihn nicht wiedergeben.              | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| liest im Vergleich zu Gleichaltrigen sehr langsam.                                       | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| verschluckt Endungen.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| errät Wörter anstatt sie zu lesen.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

## Teil C: Verhalten

Mein Kind ...

- |  |                                 |                                       |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| hat Schulangst.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| vergisst häufig seine Hausaufgaben.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| hat häufig Kopf- oder Bauchschmerzen.  | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| zeigt deutliches Vermeidungsverhalten gegenüber Lesen und Schreiben bis hin zur völligen Verweigerung. | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |
| hat ein mangelndes Selbstwertgefühl.   | <input type="checkbox"/> stimmt | <input type="checkbox"/> stimmt nicht |

## Teil D: Entwicklung ihres Kindes

### Entwicklung ihres Kindes:

*(Bitte erfassen Sie auf der nächsten Seite kurz in Stichpunkten die Laufbahn Ihres Kindes ab der Vorschulzeit, gegebenenfalls ab einem früheren Zeitpunkt, falls im Vorfeld Auffälligkeiten erkannt wurden.)*

Schwangerschaft/ Geburt:

*aufgetretene Komplikationen während der Schwangerschaft und/oder bei der Geburt, wie Sauerstoffmangel, Krankheiten u.a.*

frühkindliche Entwicklung:

*Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ab wann ist es gelaufen?*

*Wie ist die Sprachentwicklung Ihres Kindes verlaufen: Wann hat es sprechen gelernt? Hat es viel/ wenig gesprochen? Hatte es Schwierigkeiten bestimmte Laute auszusprechen?*

*Wie schätzen Sie Ihr Kind in den ersten Lebensjahren ein? (lebhaft, ruhig, konzentriert o.ä.)*

*Gab es Krankheiten/ Operationen/ Unfälle?*

Schullaufbahn:

Vorschulzeit:

*Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht?*

*Hat Ihr Kind gern gemalt? Wie geschickt war es im Umgang mit Stiften und Schere?*

*Gab es Auffälligkeiten, über die Sie von den Erziehern informiert wurden?*

*Nutzten Sie mit Ihrem Kind besondere Fördermaßnahmen? (Logopädie, Ergotherapie, ...)*

Schulzeit:

*Mit welcher Hand schreibt Ihr Kind? links / rechts*

*Wie verlief die Grundschulzeit? (Eingewöhnung, Übungsaufwand, Schwierigkeiten, Begabungen)*

*Wann traten deutliche Lernprobleme auf? In welchen Fächern?*

*Gibt es - heute oder in der Vergangenheit – andere Familienmitglieder mit LRS bzw. mit deutlichen Problemen in Deutsch? ja / nein*

*Wenn ja, welcher Verwandtschaftsgrad im Bezug auf das Kind?*

**Auffälligkeiten:**

*(Bitte heften Sie ggf. vorhandene sonderpädagogische, medizinisch- psychologische Gutachten sowie Angaben zur Betreuung durch einen Logopäden oder einer Beratungsstelle für Stimm- und Sprachgestörte (Wann, Wo, Wie lange, Mit welchem Ergebnis) oder ähnliche hilfreiche Einschätzungen, z.B. Lernstudios, etc. an.)*

.....

Ort, Datum

.....

.....

Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten

Vielen Dank für Ihre Offenheit und Ihre Kooperationsbereitschaft.

Ihre

\_\_\_\_\_

LRS- Beraterin der Oberschule an der Weinau

K. Horn