

**Elternfragebogen zu den Voraussetzungen von Eingliederungshilfe
gem. § 35a SGB VIII**

Allgemeine Angaben

I. Angaben zum Kind

Vor- und Zuname		Geschlecht des Kindes
Geburtsdatum / -ort		
Postanschrift (PLZ, Ort, Straße)		
Staatsangehörigkeit		
Größe		
Gewicht		

II. Angaben zur Schule

Schule			
Klasse/Stufe			
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Gesamtschule
<input type="checkbox"/> Förderschule	<input type="checkbox"/> Berufliche Schule	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Bei der Angabe „Förderschule“: Förderschule mit dem Förderschwerpunkt			
Bei der Angabe „Sonstiges“ (Erläuterung):			

III. Geschwisterkinder

Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Schulform	Schulabschluss/ Ausbildung	Lebt in der elterlichen Wohnung?

IV. Sorgerecht

Eltern	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet	
Bei wem liegt das Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> andere:

Derzeitiger Aufenthalt des Kindes	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> bei Verwandten <input type="checkbox"/> bei Pflegeeltern <input type="checkbox"/> im Heim
Ggf.: Wie ist die Regelung der Besuchskontakte? (bitte erläutern)	
Ggf.: Gibt es Probleme im Umgang mit dem Besuchsrecht? (bitte erläutern)	

Eltern ausländischer Herkunft/Aussiedlerfamilien:			
Herkunftsland Mutter		Herkunftsland Vater	
Seit wann lebt			
<input type="checkbox"/> die Familie in Deutschland? <input type="checkbox"/> Vater in Deutschland? <input type="checkbox"/> Mutter in Deutschland? <input type="checkbox"/> Kind in Deutschland?			
Verfügt der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gute	<input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> sehr gute	<input type="checkbox"/> mittelmäßige <input type="checkbox"/> Muttersprache
Verfügt die Mutter über deutsche Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gute	<input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> sehr gute	<input type="checkbox"/> mittelmäßige <input type="checkbox"/> Muttersprache
Hatte das Kind bei der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> gute	<input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> sehr gute	<input type="checkbox"/> mittelmäßige <input type="checkbox"/> Muttersprache
Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil		
Wird in der Familie Deutsch gesprochen?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> überwiegend	<input type="checkbox"/> kaum	<input type="checkbox"/> eher weniger
Welche Sprache(n) wird (werden) in der Familie gesprochen?			

V. Wohnsituation

Wohnraum insgesamt	<input type="checkbox"/> eher groß <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> eher beengt
Hat das Kind ein eigenes Zimmer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind teilt sich ein Zimmer mit:	

Welche Personen leben außer den Eltern/Kindern noch im Haushalt?	
---	--

VI. Besondere Ereignisse

Aufenthalt im Heim	von	bis
Aufenthalt in Pflegefamilie	von	bis
1. Wohnortwechsel Alter des Kindes beim Umzug	von	nach
2. Wohnortwechsel Alter des Kindes beim Umzug Ggf. weitere Umzüge	von	nach
Andere Ereignisse		

Angaben zur Erziehungssituation

Das Kind wurde bisher vorwiegend erzogen von	<input type="checkbox"/> von den Eltern <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> dem Vater <input type="checkbox"/> von den Großeltern <input type="checkbox"/> von
Wie ist die Beziehung zwischen Mutter und Kind?	<input type="checkbox"/> unbeschwert und herzlich <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> überwiegend gespannt <input type="checkbox"/> wenig Zuwendung
Wie ist die Beziehung zwischen Vater und Kind?	<input type="checkbox"/> unbeschwert und herzlich <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> überwiegend gespannt <input type="checkbox"/> wenig Zuwendung
Wie ist die Beziehung zum Stiefelternteil oder Lebenspartner*in?	
Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/einem Elternteil?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Wie ist die Beziehung des Kindes zu seinen Geschwistern?	<input type="checkbox"/> überwiegend gut <input type="checkbox"/> häufig Streit wegen
Wurden/werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis Folgende Hilfe(n):

Angaben zu körperlichen, seelischen, motorischen und geistigen Auffälligkeiten

Das Kind... <input type="checkbox"/> ist in seinen Bewegungen unruhig <input type="checkbox"/> kann nur schwer auf seinem Platz sitzen bleiben <input type="checkbox"/> ist in seinen Bewegungen langsam und schwerfällig <input type="checkbox"/> stolpert häufig beim Gehen und Laufen <input type="checkbox"/> verhält sich oft ungeschickt, z.B.	
Bestehen bei dem Kind feinmotorische Einschränkungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Bestehen bei dem Kind grobmotorische Einschränkungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Besteht bei dem Kind eine körperliche Beeinträchtigung? (bitte Diagnose angeben und Arztbericht beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Besteht bei dem Kind eine geistige Beeinträchtigung? (bitte Diagnose angeben und Arztbericht beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Besteht bei dem Kind eine seelische Beeinträchtigung? (bitte Diagnose angeben und Arztbericht beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig bei dem Kind beobachtet?	<input type="checkbox"/> Übelkeit/Durchfall <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Ticks (z.B. Augenzucken, Mundzucken, Bewegungen) <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten
In welchem Zusammenhang/in welchen Situationen wird das Verhalten beobachtet?	
Wie häufig treten o.g. Krankheitssymptome bei dem Kind auf?	
Wurde bei dem Kind je eine Intelligenztestung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit dem Ergebnis (Bitte Gutachten/Stellungnahme/Nachweis beilegen)
Regelmäßige Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?

--	--

Therapien

Logopädie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von bis Therapeut*in
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von bis Therapeut*in
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von bis Therapeut*in
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von bis Therapeut*in
Lerntherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von bis Therapeut*in
Psychologische Verlaufskontrollen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Rhythmus Therapeut*in/Arzt bzw. Ärztin/Klinik/Praxis
Sonstige Therapien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von bis Durchgeführt bei:
Angaben zu stationären Klinikaufenthalten	
Sind in nächster Zeit Untersuchungen geplant?	Welche? Untersuchungstermin:

Angaben zur Kindergartenzeit

Regelkindergarten	von bis
Sprachheilkindergarten	von bis
Heilpädagogischer Kindergarten	von bis
Besuchte keinen Kindergarten	auf Grund von:
Ging das Kind gerne in den Kindergarten?	<input type="checkbox"/> Im Allgemeinen ja <input type="checkbox"/> Nein, weil
Wie verhielt sich das Kind im Kindergarten?	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, weil

Angaben zum Verhalten des Kindes

Das Kind verbringt ... seine Freizeit außerhalb des Elternhauses	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich
	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> meistens
Das Kind ist lieber...	<input type="checkbox"/> für sich allein	<input type="checkbox"/> zusammen mit jüngeren Kindern
	<input type="checkbox"/> zusammen mit gleichaltrigen Kindern	<input type="checkbox"/> zusammen mit älteren Kindern
Hat das Kind Freund*innen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viele?
	<input type="checkbox"/> eine* besondere*n Freund*in	<input type="checkbox"/> schnell wechselnde Freundschaften
	<input type="checkbox"/>	
Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?		
Welche Verhaltensweisen beobachten Sie oft? Ist das Kind häufig...? Seit welchem Alter des Kindes beobachten Sie das auffällige Verhalten?	<input type="checkbox"/> ausgeglichen, seit <input type="checkbox"/> schnell wechselnde Stimmung, seit <input type="checkbox"/> unbeherrscht/impulsiv, seit <input type="checkbox"/> vermeiden von Blickkontakt/häufiges erröten, seit <input type="checkbox"/> starke Nervosität/Anspannung, seit <input type="checkbox"/> selbstsicher/selbstbewusst, seit <input type="checkbox"/> kontaktfreudig/offen, seit <input type="checkbox"/> Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken, seit <input type="checkbox"/> hilfsbereit, seit <input type="checkbox"/> bedrückte/depressive Stimmung, seit <input type="checkbox"/> überempfindlich/sehr empfindlich, seit <input type="checkbox"/> selbstständig/verantwortungsbewusst, seit <input type="checkbox"/> freudig/lieb, seit <input type="checkbox"/> lebensfroh/fröhlich, seit	
	<input type="checkbox"/> häufig aggressiv, seit <input type="checkbox"/> verbale und/oder körperliche Gewalttätigkeit/Aggression, seit <input type="checkbox"/> Zerstörungswut, seit <input type="checkbox"/> starke Anpassungsschwierigkeiten, seit <input type="checkbox"/> aktiv/kreativ, seit <input type="checkbox"/> große Angst bei/vor _____, seit <input type="checkbox"/> anpassungsfähig, seit <input type="checkbox"/> Lügen, seit <input type="checkbox"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum, seit <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich, seit <input type="checkbox"/> Stehlen, seit <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten, seit	

	<input type="checkbox"/> andere , seit
In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?	
Wie verhält sich das Kind Ihrer Meinung/Kenntnis nach in der Schule?	
Wie erklären Sie sich die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes?	
Welche Ursachen/Auslöser in der Vergangenheit oder welche derzeitigen schulischen und/oder familiären Probleme könnten dazu beigetragen haben?	
Hat das Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, folgende:
Ist das Kind in einem Verein/einer Jugendgruppe?	<input type="checkbox"/> Ja, folgende seit <input type="checkbox"/> Nein, weil <input type="checkbox"/> zurzeit nicht, war schon mal bei/in

Einschätzung der Eltern (vorw. bei Beantragung einer Legasthenie-/Dyskalkulietherapie)

Wem und wann sind die Lernschwierigkeiten im <input type="checkbox"/> Lesen, <input type="checkbox"/> Rechtschreiben, <input type="checkbox"/> Rechnen zuerst aufgefallen?
Wie erklären Sie sich die Lernschwierigkeiten des Kindes?
Welche Ursachen/Auslöser in der Vergangenheit oder welche derzeitigen schulischen und/oder familiären Probleme könnten dazu beigetragen haben?
Auf welche Weise haben Sie bisher versucht dem Kind beim <input type="checkbox"/> Lesen, <input type="checkbox"/> Rechtschreiben, <input type="checkbox"/> Rechnen zu helfen?
Welche Versuche waren hilfreich? Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?
Welche Veränderungen/Ziele (und welchen Schulabschluss) soll Ihr Kind erreichen?
Was glauben Sie, wie Sie Ihrem Kind helfen könnten, diese Veränderungen/Ziele zu erreichen?

Angaben zur Schulsituation

Ggf. Vorschulbesuch: von _____ bis _____	
Altersgemäße Einschulung	
<input type="checkbox"/> Ja, zum Schuljahr	
<input type="checkbox"/> Nein, weil _____	
Vorzeitige Einschulung: Wann _____, auf Grund von _____	
Rückstellung: Wann _____, auf Grund von _____	
Andere Beschulung, welche?	
Wiederholung der Klasse	
<input type="checkbox"/> Elternwunsch	
<input type="checkbox"/> Anraten der Schule	
Schulwechsel: Wann _____, auf Grund von _____	
Zeitweise kein Schulbesuch, weil _____	
Geht das Kind regelmäßig in die Schule?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> schwänzt <input type="checkbox"/> kommt häufig zu spät <input type="checkbox"/> fehlt oft, weil _____
Geht das Kind gerne in die Schule?	<input type="checkbox"/> im Allgemeinen ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____ <input type="checkbox"/> hat große Angst vor der Schule
Mag das Kind seine*n Klassenlehrer*in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Hat das Kind in der Klasse Freundschaften?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Ist das Verhältnis des Kindes zu seinen Mitschüler*innen gestört?	<input type="checkbox"/> ja, weil _____ <input type="checkbox"/> nein
Ist das Verhältnis des Kindes zu einem oder mehreren Lehrer*innen gestört?	<input type="checkbox"/> ja, weil _____ <input type="checkbox"/> nein
Welche Fächer/Aufgaben/Tätigkeiten macht das Kind in der Schule besonders gerne?	

Welche Fächer/Aufgaben/Tätigkeiten macht das Kind in der Schule überhaupt nicht gerne?	

Wie reagiert das Kind auf schlechte Schulleistungen?	
Wie reagiert die Mutter auf schlechte Schulleistung des Kindes?	
Wie reagiert der Vater auf schlechte Schulleistung des Kindes?	
Bekommt das Kind außerschulische Nachhilfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch häusliches üben mit <input type="checkbox"/> ja, durch _____ ; in der Woche _____ Stunden
Wie viel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben?	Ca. _____ Stunden täglich
Wie erledigt das Kind seine schulischen Aufgaben?	<input type="checkbox"/> fängt von selbst an <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbstständig <input type="checkbox"/> erledigt Aufgaben zügig <input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig <input type="checkbox"/> arbeitet konzentriert <input type="checkbox"/> braucht kaum Hilfe <input type="checkbox"/> weint oft bei den Hausaufgaben <input type="checkbox"/> häufige Auseinandersetzungen <input type="checkbox"/> muss erinnert/aufgefordert werden <input type="checkbox"/> weigert sich oft <input type="checkbox"/> arbeitet langsam <input type="checkbox"/> arbeitet nicht sorgfältig <input type="checkbox"/> arbeitet unkonzentriert <input type="checkbox"/> braucht häufig Hilfe <input type="checkbox"/> verhält sich oft aggressiv <input type="checkbox"/> anders
Werden die Hausaufgaben regelmäßig kontrolliert?	<input type="checkbox"/> nein, weil <input type="checkbox"/> ja, durch _____
Werden von Seiten der Schule bestimmte Leistungen/Verhaltensweisen des Kindes als auffällig beurteilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende _____
Die verhält sich das Kind vor Klassenarbeiten?	
Wie bereitet sich das Kind auf Klassenarbeiten vor?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> übergenu, gewissenhaft <input type="checkbox"/> mit Hilfe von _____ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> alleine

Schulische Maßnahmen

Leistungen der Jugendhilfe zur schulischen Förderung sind immer nachrangig. Zunächst muss die Schule ihrer besonderen Förderverpflichtung für Schülerinnen und Schülern nachkommen und diese nachweisen. Im jugendhilferechtlichen Verfahren wird daher immer geprüft, ob und inwieweit die Schule ihrer vorrangigen Förderverpflichtung ausreichend nachgekommen ist.

Was wurde von Seiten der Schule bislang unternommen/welche Maßnahmen wurden ergriffen, um die Schwierigkeiten des Verhaltens Ihres Kindes in der Schule zu verringern?

Wurde der Schulsozialarbeiter/die Schulsozialarbeiterin hinzugezogen?

Ja, mit folgendem Ergebnis

Nein, weil

Wurde der Schulpsychologe/die Schulpsychologin hinzugezogen?

Ja, mit folgendem Ergebnis

Nein, weil

Wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf bei Ihrem Kind festgestellt?

Ja

Nein, weil

Nein, aber wurde durch uns/mich beantragt am

Wenn ja:

Ergebnis der Feststellung des sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf:

Das Kind erhält sonderpädagogische Unterstützung im Umfang von Stunden/Woche

Wurde bzw. wird Ihrem Kind ein Nachteilsausgleich gewährt?

Ja, folgende(r)

Nein, weil

Haben zwischen Ihnen und der Schule Beratungsgespräche zur schulischen Situation und ggf. zum sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf des Kindes stattgefunden?

Ja

Nein, weil

Wenn ja:

Was/welche Maßnahmen wurde empfohlen?

Was war das Ergebnis des Gesprächs?

Nehmen Sie an schulischen Beratungsgesprächen teil? (Bitte erläutern)

Nehmen Sie von ihrer Seite Kontakt zur Klassenlehrerin/zum Klassenlehrer auf? (Bitte erläutern)

Nimmt die Klassenleitung/Schulleitung von sich aus Kontakt zu Ihnen auf? (Bitte erläutern)

Sind Absprachen zwischen Schule und Ihnen möglich? (Bitte erläutern)

Werden Absprachen von der Schule umgesetzt? (Bitte erläutern)

Welche Maßnahmen waren bisher erfolgreich?

Sonstige Anmerkungen / Hinweise

--

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)

(Ort, Datum) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (sorgeberechtigte Person / Vormund)