



Überprüfung auf Lese-und/oder Rechtschreibprobleme

Datum _____

1. Schülerin / Schüler

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Schule _____ , Klasse _____

2. Angaben zur Familie

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten

Anschrift _____

Telefon privat _____ mobil _____

Geschwister (Name, Alter, Schule)

(ggf. ebenfalls Lese-Rechtschreib-Probleme)

3. Anlass

Erstdiagnose Lese-Rechtschreib-Störung

Wann wurde es zum ersten Mal getestet/festgestellt/vermutet? Von wem?

Wie erging es Ihrem Kind bis dahin? Wodurch kam die Vermutung auf? Aussagen der Lehrkräfte?.....

Folgeüberprüfung Lese-Rechtschreib-Störung

Wurde bisher ein Nachteilsausgleich/Notenschutz in Anspruch genommen?

Wie wurde er umgesetzt? Wie ging es Ihrem Kind damit?

Was hat sich damit verbessert/verändert?

4. Stichworte zur Vorgeschichte

Familiäre Vorgeschichte _____

Sprachentwicklung _____

Leselernprozess _____

Schreiblernprozess _____

5. Bisherige Beratungen / Untersuchungen

Lehrkräfte _____ KJP _____
 Beratungslehrkraft _____ Kinderarzt _____
 Schulpsychologe _____ HNO Augenarzt Logopäde
 Erziehungsberatung Heckscher Klinik SPZ _____
 Therapeut _____

6. Bisherige Maßnahmen

Legasthenie-Therapie _____
 Schulische Förderkurse _____
 Medikamentöse Behandlung _____
 Logopädische/ergotherapeutische Behandlung _____
 Psychotherapie _____