



Fragebogen zur Anmeldung *Vers. WFS 2021_1*

1. Angaben zur Schülerin / zum Schüler:

Familienname, Vorname des Kindes: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____ Nationalität: _____
Adresse: _____
Schule: _____
Klasse: _____ Klassenlehrer/in: _____

Das Kind wohnt bei (bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen):

- beiden leiblichen Eltern
- der (alleinerziehenden) leiblichen Mutter (in neuer Partnerschaft oder Ehe)
- dem (alleinerziehenden) leiblichen Vater (in neuer Partnerschaft oder Ehe)
- Großeltern Adoptiveltern Pflegeeltern Sonstigen: _____

2. Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

beiden Eltern Mutter Vater (vollj.) Schüler/in anderen: _____

3. Angaben zu den leiblichen Eltern:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Familien- u. Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift	<input type="checkbox"/> wie oben	<input type="checkbox"/> wie oben
Telefonnummer		
(Handynummer)		
(e-Mail-Adresse)		
Sorgeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Ist jemand anderes als die oben unter Punkt 3 genannten Personen sorgeberechtigt?

nein ja, nämlich _____

bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer eintragen

5. Beschreiben Sie bitte kurz, aus welchen Gründen die Anmeldung beim schulpsychologischen Dienst erfolgt:

6. Angaben zur Familiensituation:

6a: Hat das Kind Geschwister?

nein ja (Wenn ja, machen Sie bitte die folgenden Angaben zu den Geschwistern:)

Name, Vorname	Geburtsdatum	m/w	Schule / Beruf	Klassenstufe	Gleicher Haushalt?

6b: Angaben zu den erwachsenen Personen, mit denen das Kind im gleichen Haushalt lebt:

	Erwachsener 1	Erwachsener 2
Name, Vorname, Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> wie bei Punkt 3 („leibliche Mutter“)	<input type="checkbox"/> wie bei Punkt 3 („leiblicher Vater“)
z.Zt. ausgeübter Beruf		
Vollzeit oder Teilzeit?		
Schul-/ Bildungsabschluss		

7. Angaben zur schulischen Situation und zur bisherigen Schullaufbahn des Kindes:

7a: Bitte geben Sie wahlweise die Noten Ihres Kindes im letzten Zeugnis / in den letzten Leistungsüberprüfungen an. Ändern oder ergänzen Sie nötigenfalls die Benennungen.

Deutsch		Naturwissenschaften		Gesellschaftswissensch.		Religion	
Mathematik		Biologie		Erdkunde		Musik	
Englisch		Physik		Geschichte		Sport	
Französisch		Chemie		Sozialkunde/Politik		Bildende Kunst	
						Arbeitslehre	
Verhalten							
Mitarbeit							

Anmerkungen: _____

8c: Kreuzen Sie bitte an, wie das Verhalten des Kindes in der Hausaufgabensituation bzw. die Hausaufgabensituation selbst typischerweise erlebt wird.

unmotiviert	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	motiviert
ablenkbar	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	konzentriert
unselbständig	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	selbständig
konfliktgeladen	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	=====	<input type="checkbox"/>	entspannt

Begründung / Anmerkungen: _____

8d: Das Kind braucht im Schnitt etwa _____ Minuten für die Hausaufgaben.

8e: Wie viel Zeit verbringt ihr Kind neben den Hausaufgaben mit Üben und Lernen?

8f: Passen die in Klassenarbeiten erreichten Noten Ihrer Meinung nach zum Leistungsstand des Kindes bzw. zum Lernaufwand?

9. Eigenschaften und Sozialkontakte des Kindes:

9a: Was tut Ihr Kind in seiner Freizeit am liebsten (auch Hobbies)?

9b: Welche Eigenschaften schätzen Sie an Ihrem Kind am meisten?

9c: Welche Eigenschaften Ihres Kindes ärgern Sie manchmal?

9d: Wie würden Sie ihre/seine Sozialkontakte (Freundschaften) in der Schule beschreiben?

9e: Wie würden Sie ihre/seine Sozialkontakte (Freundschaften) in der Freizeit beschreiben?

10. Fragen zur Entwicklung:

10a: Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklungsgeschichte des Kindes (z.B. Verhaltensprobleme im Kindergarten, Entwicklungsverzögerungen im Bereich Sprache/Motorik/Wahrnehmung usw.)?

- nein ja (welche und wann?)
-
-

10b: Gab oder gibt es Besonderheiten im Bereich der körperlichen Entwicklung (Auffälligkeiten bei Schwangerschaft und/oder Geburt, chronische Erkrankungen, Operationen usw.) **oder gab / gibt es körperliche Auffälligkeiten** (z.B. bezüglich Körpergröße, Körpergewicht, Sehvermögen, Hörvermögen, Behinderungen usw.)?

- nein ja (welche und wann?)
-
-

11. Welche Auffälligkeiten oder Probleme beobachten bzw. vermuten Sie bei Ihrem Kind? (Bitte Zutreffendes ankreuzen/unterstreichen, Mehrfachnennungen sind möglich!)

11a: Auffälligkeiten im Leistungsbereich:

- Allgemein schwache Schulleistungen (Verdacht auf) Hochbegabung
 Lese-Rechtschreibschwierigkeiten Schwierigkeiten beim Rechnen
 Aufmerksamkeits-/Konzentrationsprobleme Schwierigkeiten bei der Lernorganisation
 sonstige: _____

11b: Auffälligkeiten im Verhaltens- und/oder Gefühlsbereich:

- Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom ADS/ADHS (z.B. ablenkbar, verträumt, hoher Bewegungsdrang, „strudelig“, impulsiv, wenig organisiert, vergesslich, unordentlich, vorschnell)
 Verhaltensauffälligkeiten in der Schule (z.B. Aggressivität, Wutausbrüche, Disziplinprobleme, Leistungsverweigerung,...): _____
 Verhaltensauffälligkeiten zu Hause / in der Freizeit: _____
 Mangelnde Motivation (Desinteresse / Schulunlust / Schulschwänzen...)
 Stark auffälliges Sozialverhalten (z.B. Lügen, Stehlen, Weglaufen, Bedrohung, Erpressung, Körperverletzung, sexuelle Auffälligkeiten...): _____
 Geringes Selbstvertrauen gehemmt/schüchtern Soziale Probleme
 Ängste, vor/wegen _____
 Zwanghafte Züge (z.B. Kontrollieren müssen, zu penibel/gewissenhaft, aufdringliche Gedanken)
 Unbedachtes Handeln / Vorschnelles Reagieren / Impulsivität Geringe Frustrationstoleranz
 Depressivität Sozialer Rückzug Antriebslosigkeit starke Stimmungsschwankungen
 Selbstgefährdung (riskantes Verhalten, Selbstverletzung, Todesgedanken, Selbsttötungsversuche)
 Alkohol-/Nikotin-/Medikamenten-/Substanzmissbrauch Computer-/Internet-/Handysucht
 Körperliche / Somatische Probleme (z.B. Essstörungen, Schlafstörungen, Schmerzen ohne medizinische Ursache, Einnässen, Einkoten): _____
 Ungewöhnliche oder beängstigende Wahrnehmungen, Gedanken oder Empfindungen

Bemerkungen: _____

12. Bisherige Untersuchungen, Hilfen und Lösungsversuche: War oder ist Ihr Kind wegen der beschriebenen oder anderer Probleme in Betreuung folgender Berufsgruppen oder Institutionen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen. Geben Sie jeweils auch den Namen und den Ort an, wenn möglich.)

- Psychologe/in _____
- Psychiater/in _____
- Beratungsstelle _____
- Klinik / SPZ _____
- Kinderarzt/ärztin _____
- sonst. Facharzt/ärztin _____
- Ergotherapeut/in _____
- Logopäde/in _____
- Nachhilfe _____
- Frühförderung/AFI _____
- Hilfen durch das Jugendamt (z.B. besondere Betreuung) _____
- sonstige _____

Welches Ergebnis wurde dabei erzielt (Diagnosen?, Behandlungsvorschläge?, erreichte Verbesserungen?,...)?

13. Wie wurden Sie auf das Angebot des schulpsychologischen Dienstes aufmerksam?

14. Was erhoffen Sie, durch unsere gemeinsame Arbeit im schulpsychologischen Dienst zu erreichen?

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Bitte denken Sie an BEIDE Unterschriften auf Seite 7!

Elektronische Datenverarbeitung

Mit unserer/meiner Unterschrift erkläre(n) wir uns/ich mich damit einverstanden, dass die erhobenen personenbezogenen Daten, Untersuchungsergebnisse und die Dokumentation des Beratungsprozesses unter Beachtung der Vorgaben des Datenschutzgesetzes **elektronisch verarbeitet werden**. Alle gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der psychologischen Schweigepflicht.

Bei gemeinsamem/geteiltem Sorgerecht sollten beide Sorgeberechtigten unterschreiben. Unterschreibt ein Sorgeberechtigter alleine, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass er im Einverständnis des anderen Sorgeberechtigten handelt.

Ort, Datum

*Unterschrift des Betroffenen bzw.
Erziehungsberechtigte/-r*

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzgrundverordnung- EU DSGVO

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Schullaufbahninformationen, etc., die allein zum Zwecke der Durchführung der schulpsychologischen Diagnostik und Beratung notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen.

Ort, Datum

*Unterschrift des Betroffenen bzw.
Erziehungsberechtigte/-r*

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem Schulpsychologischen Dienst des Landkreises Neunkirchen um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit vom Schulpsychologischen Dienst des Landkreises Neunkirchen die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf dem Schulpsychologischen Dienst des Landkreises Neunkirchen entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermitteln.