RKH Gesundheit
Klinikum Ludwigsburg

Sozialpädiatrisches Zentrum
Ärztlicher Direktor
Dr. med. Michael Buob
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Kinder- und Jugendpsychoatrie und
-psychotherapie
Erlachhofstr. 10
71640 Ludwigsburg
Telefon 07141-99-68101
Telefax 07141-99-68119
E-Mail: mail.spz@rkh-gesundheit.de

Nur für Schüler auszufüllen!

Fragebogen für die Lehrerin/den Lehrer

Ihre Schülerin / Ihr Schüler soll bei uns untersucht werden. Beantworten Sie uns bitte einige Fragen.
Wir können nach Abschluss der Diagnostik mit Ihnen in Kontakt treten, wenn die Eltern ihr **Einverständnis** erklärt haben.

Bitte lassen Sie uns ggf. auch den **individuellen Förderplan** zukommen.

Name, Vorname des Kindes: _____

Name der Schule: _____

Schulart: _____ **Klasse:** _____

Ihr Name: _____ **Unterrichtsfächer:** _____

Telefon in der Schule: _____ **evtl. privat**: _____

Machen Sie bitte Angaben zu der Entwicklung des Kindes:

1. Hat das Kind Lernprobleme? ☐ nein ☐ ja - in welchen Fächern?

_____

_____ seit wann? _____

2. Hat das Kind Verhaltensprobleme? ☐ nein ☐ ja - welche, seit wann?

_____

_____

3. Was sind seine Stärken?

_____

_____

4. Gab es bereits eine pädagogische Überprüfung (durch Sie, Beratungslehrer, Kooperationslehrer Schulpsychologische Beratungsstelle?)

☐ nein ☐ ja - welche; seit wann; mit welchem Resultat (evt. schriftlich beifügen)

_____

_____

5. Ihre bisherigen Maßnahmen waren?

☐ nein ☐ ja (bitte kurz beschreiben)

_ Beratung der Eltern _____

_ Haben Sie den Eltern zu einer besonderen Förderung oder Therapie geraten? ☐ nein ☐ ja

welche? _____

_____

_ Förderung in der Schule ☐ nein ☐ ja welche? ._____

☐ Beratungslehrer ☐ Sonstiges

6. Hatten Sie Kontakt mit dem zuständigen Kinderarzt? ☐ nein ☐ ja wann? _____

7. Möchten Sie uns zusätzliche Informationen mitteilen? ☐ nein | ☐ ja (Kontakt: siehe oben rechts)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum: _____ **Unterschrift**: _____

Bitte den ausgefüllten Fragebogen an die Eltern zurückgeben