

M01 Explorationschema und Anamnesefragebogen bei Verdacht auf eine Lese- und/oder Rechtschreibstörung (EAV-LRS)

Untersucher/in: _____ ausgefüllt am: _____

Vorstellungsgrund:

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Nationalität: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mutter

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____ Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Vater

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____ Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Geschwister

| Name | Alter | Schulklasse (bzw. Kindergartenjahr) |
|------|-------|-------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

| Schule | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|
| Name: | | |
| Adresse: | | |
| Schulart: | | Klassenstufe: |
| Einverständnis zur Kontaktaufnahme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Lehrkraft (Deutsch) | | |
| Name: | | ist Lehrkraft des Betroffenen seit: |
| Zusätzlich in den Fächern: | | Anzahl Unterrichtsstunden pro Woche: |
| Lese- und Rechtschreibfähigkeiten | Ja | Nein |
| Kennt das Kind bzw. der/die Jugendliche alle Buchstaben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann das Kind bzw. der/die Jugendliche die Buchstaben mit den Lauten verbinden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann das Kind bzw. der/die Jugendliche einzelne Wörter lesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Macht das Kind bzw. der/die Jugendliche viele Fehler beim Lesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liest das Kind bzw. der/die Jugendliche sehr langsam? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind/der Jugendliche Schwierigkeiten, das Gelesene zu verstehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann das Kind bzw. der/die Jugendliche einzelne, leichte Wörter schreiben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Macht das Kind bzw. der/die Jugendliche viele Rechtschreibfehler? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Macht das Kind bzw. der/die Jugendliche viele Rechtschreibfehler beim Abschreiben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche bei allen schriftlichen Aufgaben, nicht nur im Fach Deutsch, Probleme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schreibt das Kind bzw. der/die Jugendliche ein und dasselbe Wort wiederholt unterschiedlich falsch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wirken sich die Schwierigkeiten im Lesen und/oder Rechtschreiben auf die Leistungsbewertungen im Fach Deutsch aus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wie? | | |
| Wirken sich die Schwierigkeiten im Lesen und/oder Rechtschreiben auf die Leistungsbewertungen in den Fremdsprachen aus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wie? | | |
| Wirken sich die Schwierigkeiten im Lesen und/oder Rechtschreiben auch auf die Leistungen in anderen Fächern aus? (z.B. Lesen von Textaufgaben in Mathematik) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wie? | | |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Welche Einschränkungen durch die Probleme im Lesen und Rechtschreiben gibt es im Alltag (z. B. bei der Freizeitgestaltung, beim Einkaufen, im Straßenverkehr)? | | |
| Wann sind die Probleme im Lesen und/oder Rechtschreiben das erste Mal aufgefallen/aufgetreten? Beim Lesen: Beim Rechtschreiben: | | |
| Zeigen sich die Lese- und/oder Rechtschreibschwierigkeiten in manchen Situationen stärker als in anderen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, in welchen? | | |
| Leidet das Kind bzw. der/die Jugendliche unter den Lese- und/oder Rechtschreibschwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wie? | | |
| Welche Erklärungsansätze haben die Eltern/Lehrkraft und ggf. das Kind bzw. der/die Jugendliche für die Lese- und/oder Rechtschreibschwierigkeiten? Eltern: Lehrkraft: Kind: | | |
| Diagnostik | | |
| Wurde bereits eine Lese- und/oder Rechtschreibstörung oder Rechenstörung diagnostiziert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diagnose: | | |
| Wer (Person, Beruf) hat die Diagnose gestellt? | | |
| Wann wurde die Diagnose gestellt? | | |
| Förderung | | |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche bereits eine schulische Lese- und/oder Rechtschreibförderung erhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja: von _____ bis _____ | | |
| Förderinhalte: | | |
| Wurden die bisherigen <i>schulischen</i> Fördermaßnahmen als hilfreich empfunden? | | |
| von Kind | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| von Eltern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| von Lehrkraft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wenn nein, warum nicht? | | |
| Wenn ja, welche Fortschritte wurden gemacht? | | |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche bereits eine außerschulische Lese- und/oder Rechtschreibförderung erhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja: von _____ bis _____ | | |
| Name Lerntherapeut/in: | | |
| Förderinhalte: | | |
| Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit (Jugendamt, Lerntherapeut, Schule) liegt vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden die bisherigen außerschulischen Fördermaßnahmen als hilfreich empfunden? | | |
| von Kind | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| von Eltern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| von Lehrkraft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn nein, warum nicht? | | |
| Wenn ja, welche Fortschritte wurden gemacht? | | |
| Fördern die Eltern das Kind bzw. der/die Jugendliche zu Hause? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wie? | | |
| Führt die familiäre Förderung zu Problemen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden die bisherigen familiären Fördermaßnahmen als hilfreich empfunden? | | |
| von Kind | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| von Eltern | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| von Lehrkraft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn nein, warum nicht? | | |
| Wenn ja, welche Fortschritte wurden gemacht? | | |
| Besteht die Möglichkeit einer (weiteren) schulischen Förderung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wie? (Häufigkeit, Gruppengröße, Ausbildung der fördernden Lehrkraft, Förderinhalte) | | |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Sollten zusätzlich außerschulische Fördermaßnahmen stattfinden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stimmen die Eltern einer (weiteren) außerschulischen Förderung des Kindes zu? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Welche Erwartungen werden an eine Förderung gestellt? | | |
| von Kind/Jugendlichen | | |
| von Eltern | | |
| von Lehrkraft | | |
| Hausaufgaben | | |
| Wo macht das Kind bzw. der/die Jugendliche seine Hausaufgaben? | | |
| Steht ein Arbeitsplatz zur Verfügung, an dem das Kind bzw. der/die Jugendliche ungestört seine Hausaufgaben erledigen kann? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wie viel Zeit benötigt das Kind bzw. der/die Jugendliche üblicherweise zum Erledigen der Hausaufgaben? Richtlinie: 1. und 2. Klasse bis 30 Minuten/Tag; 3. und 4. Klasse bis zu 60 Minuten/Tag; ab 5. Klasse bis 90 Minuten) | | |
| Macht das Kind bzw. der/die Jugendliche seine Hausaufgaben regelmäßig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Probleme beim Erledigen der Hausaufgaben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| In den Fächern: | | |
| Art der Probleme: | | |
| Benötigt das Kind bzw. der/die Jugendliche Unterstützung bei den Hausaufgaben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, in welchen Fächern? | | |
| Führen die Hausaufgaben zu Auseinandersetzungen/Streit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, warum? | | |
| Entwicklung | | |
| Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Gab es Komplikationen bei der Geburt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Ist eine Sprachentwicklungsverzögerung bekannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wurde eine Sprachstörung diagnostiziert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde eine Artikulationsstörung diagnostiziert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist das Kind bzw. der/die Jugendliche mehrsprachig aufgewachsen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche Sprachen? Welche Sprache wird vorrangig zu Hause gesprochen? Welche Sprache spricht das Kind bzw. der/die Jugendliche am besten/am liebsten? | | |
| Mit wie vielen Monaten hat das Kind bzw. der/die Jugendliche das erste Wort gesprochen? | | |
| War das Kind bzw. der/die Jugendliche beim ersten Wort bereits älter als 18 Monate? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mit wie vielen Monaten konnte das Kind bzw. der/die Jugendliche Zweiwortsätze sprechen? | | |
| War das Kind bzw. der/die Jugendliche bei den ersten Zweiwortsätzen bereits älter als 24 Monate? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Waren/sind phonologische Schwierigkeiten (Lautvertauschung) zu beobachten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat/hatte das Kind bzw. der/die Jugendliche eine logopädische Diagnose? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diagnose: Behandlung: von _____ bis _____ | | |
| Hatte das Kind bzw. der/die Jugendliche Schwierigkeiten bei der fein- und grobmotorischen Entwicklung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurde das Kind bzw. der/die Jugendliche krankengymnastisch betreut? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diagnose: Behandlung: von _____ bis _____ | | |
| Grund: Behandlung: von _____ bis _____ | | |
| Waren Verhaltensprobleme bekannt (z.B. Im Kindergarten)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Welche: Diagnose: Behandlung: von _____ bis _____ | | |
| Gab es sonstige körperliche/psychische Erkrankungen, medizinische Vorbefunde oder Behandlungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diagnose: Behandlung: von _____ bis _____ Diagnose: Behandlung: von _____ bis _____ | | |
| Hat die Pubertät des Kindes bzw. der/des Jugendlichen bereits begonnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, gibt es Besonderheiten im Verlauf der Pubertät? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |

| Familie | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Wer lebt mit dem Kind bzw. der/dem Jugendlichen im gleichen Haushalt (z. B. Eltern, Großeltern, Geschwister, Stiefgeschwister)? | | |
| Bei getrennt lebenden Eltern: Wie oft besteht Kontakt zur Mutter/zum Vater? | | |
| Gab es einen Wohnortwechsel während der Schulzeit? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist die Beziehung des Kindes bzw. der/des Jugendlichen zu ihren/seinen Geschwistern vorwiegend harmonisch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Falls nein: Warum nicht? Worin bestehen die Schwierigkeiten? | | |
| Haben andere Familienmitglieder Lese- und/oder Rechtschreibschwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wer ist betroffen? | | |
| Diagnose(n): | | |
| Lagen bzw. liegen in der Familie psychische Erkrankungen oder Belastungen vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Bei wem? | | |
| Gab es Krisen oder besondere Stresssituationen/Belastungen mit Auswirkungen auf die Familie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gab es zu Lebzeiten des Kindes der/des Jugendlichen besondere Stresssituationen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? (z. B. schwergradige Erkrankungen von Familienmitgliedern, Todesfälle naher Angehöriger, familiäre Brüche wie Trennung oder Scheidung der Eltern, finanzielle Engpässe, Arbeitslosigkeit der Eltern)? | | |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche ein eigenes Zimmer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Falls nein, mit wem teilt sie/er sich ein Zimmer? | | |
| Die Familie verfügt über ein ausreichendes Einkommen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Belasten die Lese-Rechtschreibschwierigkeiten des Kindes bzw. der/des Jugendlichen die Familie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es Streit bei schlechten Noten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es sonstige Disziplinschwierigkeiten/Verhaltensprobleme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tauschen sich die Eltern bezüglich der Schwierigkeiten mit Lehrkräften/Schulpsychologen bzw. Schulpsychologin aus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden weitere Beratungsstellen, ärztliche/nicht ärztliche Fachkräfte aufgesucht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| Schule | | | |
|--|------|---------------------------------|---|
| Noten des letzten Schulzeugnisses in: | | | |
| Deutsch | Note | Kunst | Note |
| Fremdsprachen | Note | Sport | Note |
| Mathe | Note | Heimat und Sachkunde/Geschichte | Note |
| unbeliebtestes Fach _____ | Note | Lieblingsfach _____ | Note |
| Wann wurde das Kind bzw. der/die Jugendliche eingeschult? Alter _____ <input type="checkbox"/> früh <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> spät | | | |
| Gab es einen Schulwechsel? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche die Schule im Laufe der Schulzeit für einen längeren Zeitraum nicht besucht? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Geht das Kind bzw. der/die Jugendliche gerne in die Schule? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche besondere Interessen und Stärken in bestimmten Schulfächern? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | | |
| Erhält das Kind bzw. der/die Jugendliche Nachhilfe? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist das Kind bzw. der/die Jugendliche in weiteren, nicht auf das Lesen und Rechtschreiben ausgerichteten schulischen Fördergruppen? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wie ist die Beziehung zwischen Kind und Lehrkraft? | | | |
| Wie ist die Beziehung zwischen Eltern und Lehrkraft? | | | |
| Wie oft tauschen sich Eltern und Lehrkraft aus? | | | |
| Wie ist das Verhalten des Kindes im Unterricht? <input type="checkbox"/> stört <input type="checkbox"/> un aufmerksam <input type="checkbox"/> frech/oppositionell <input type="checkbox"/> angepasst/un auffällig/still <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> traurig, zurückgezogen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |
| Ist das Kind bzw. der/die Jugendliche in die Klasse integriert? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Freunde in der Klasse? | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Hatte das Kind bzw. der/die Jugendliche bei Schulbeginn Schwierigkeiten mit der Eingewöhnung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hält sich die Schule an die länderspezifischen, schulrechtlichen Bestimmungen (Legasthenie-Erlasse oder Verordnung, Nachteilsausgleich)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rechenfähigkeiten | | |
| Hatte/hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Schwierigkeiten mit den Grundrechenarten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Benötigt das Kind bzw. der/die Jugendliche sehr viel Zeit bei der Lösung von Grundrechenaufgaben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Probleme beim Zuordnen von Mengen- und Verhältnisangaben oder Maßeinheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Probleme beim Abzählen von Gegenständen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Probleme beim Umgang mit Mengen- und Maßeinheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Probleme beim Ablesen der Uhr? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Probleme beim Benennen und Schreiben von Zahlen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Persönlichkeit und Gesundheit | | |
| Das Kind bzw. der/die Jugendliche ist häufig: | | |
| <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> ablenkbar | |
| <input type="checkbox"/> weint | <input type="checkbox"/> wütend | |
| <input type="checkbox"/> ungeduldig | <input type="checkbox"/> gemein | |
| <input type="checkbox"/> erregbar | <input type="checkbox"/> gewalttätig | |
| <input type="checkbox"/> unaufmerksam | <input type="checkbox"/> stört Gleichaltrige | |
| Wann treten die Auffälligkeiten auf und wie häufig und intensiv sind sie? | | |
| Das Kind bzw. der/die Jugendliche fühlt sich häufig | | |
| <input type="checkbox"/> angespannt | <input type="checkbox"/> kraftlos | |
| <input type="checkbox"/> schreckhaft | <input type="checkbox"/> müde | |
| <input type="checkbox"/> reizbar | <input type="checkbox"/> wertlos | |
| <input type="checkbox"/> bedrückt | <input type="checkbox"/> traurig | |
| Wann treten die Beschwerden auf und wie häufig und intensiv sind die Beschwerden? | | |
| Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche Freude/Interesse an bestimmten Aktivitäten/Dingen verloren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann und welche? | | |

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| Das Kind bzw. der/die Jugendliche berichtet über häufige | | |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen (z. B. Kopf- bzw. Bauchschmerzen) | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit, Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten | |
| Wann treten die Beschwerden auf und wie häufig und intensiv sind die Beschwerden? | | |
| Liegen Tics oder Zwänge vor? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann treten die Beschwerden auf und wie häufig und intensiv sind die Beschwerden? | | |
| Gibt es weitere körperliche oder psychische Beschwerden/Auffälligkeiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| Stärken und Interessen | | |
| Welchen Freizeitaktivitäten geht das Kind bzw. die/der Jugendliche nach (z. B. Musik, Sport...)? | | |
| Hat das Kind bzw. die/der Jugendliche Freundschaften und Kontakte außerhalb der Familie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Welche Talente/Stärken hat das Kind bzw. die/der Jugendliche? | | |
| Welche Interessen hat das Kind bzw. die/der Jugendliche? | | |
| Welche schulischen/beruflichen Ziele verfolgt das Kind bzw. die/der Jugendliche? | | |
| Anmerkungen | | |
| (z. B. persönlicher Eindruck, besondere Auffälligkeiten, Hinweise auf Misshandlung oder Missbrauch, Deprivation, Umgang innerhalb der Familie) | | |

| Verhaltensbeobachtung | | | Situation | Anmerkung |
|---|-----------|-------------|---|-----------|
| Ablenkbarkeit | auffällig | unauffällig | | |
| Allgemeine Stimmung | auffällig | unauffällig | | |
| Ängstlichkeit | auffällig | unauffällig | | |
| Konzentration | auffällig | unauffällig | | |
| Kooperation | auffällig | unauffällig | | |
| Unsicherheit | auffällig | unauffällig | | |
| Unruhe | auffällig | unauffällig | | |
| Wut/Frustration | auffällig | unauffällig | | |
| Kompensationsstrategien (z.B. Fingerrechnen ...) | | | | |
| Andere | | | | |
| Andere | | | | |
| Psychometrische Diagnostik | | | | |
| Intelligenzdiagnostik: | | | Datum: | |
| Testverfahren | | | Ergebnis (IQ-Wert, T-Werte, auch von Subskalen) | |
| | | | | |
| Lesen: | | | Datum: | |
| Testverfahren | | | Ergebnis (PR, T-Wert) | |
| | | | | |
| Rechtschreiben: | | | Datum: | |
| Testverfahren | | | Ergebnis (PR, T-Wert) | |
| | | | | |

| | |
|---|-----------------------|
| Rechnen: | Datum: |
| Testverfahren | Ergebnis (PR, T-Wert) |
| | |
| Sprache: | Datum: |
| Testverfahren | Ergebnis (PR, T-Wert) |
| | |
| Angst: | Datum: |
| Instrument | Ergebnis (PR, T-Wert) |
| | |
| Selbstbeurteilung | |
| Fremdbeurteilung | |
| Depression: | Datum: |
| Instrument | Ergebnis (PR, T-Wert) |
| | |
| Selbstbeurteilung | |
| Fremdbeurteilung | |
| Aufmerksamkeit und Hyperaktivität: | Datum: |
| Instrument | Ergebnis |
| | |
| Selbstbeurteilung | |
| Fremdbeurteilung | |

| | |
|----------------------------|--|
| Sonstiges | |
| Weitere Behandlungsplanung | |
| Diagnose | |
| Achse 1 | |
| Achse 2 | |
| Achse 3 | |
| Achse 4 | |
| Achse 5 | |
| Achse 6 | |

M02 Übersicht zur Diagnostik und Förderung bei Leseschwierigkeiten und einer Lesestörung

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|---|
| Anzeichen | Keine oder kaum Lesefähigkeit vorhanden, sehr viele Lesefehler, Verbinden von Phonemen gelingt kaum, Wörter werden ausgelassen oder ersetzt | Sehr langsames und verzögertes Lesen | Probleme Wissen aus Texten zu gewinnen | |
| Problembereich | Phonemidentifikation und -unterscheidung | Lesegenauigkeit | Lesegeschwindigkeit | Leseverständnis |
| Diagnostik | PB-LRS, TEPHOBE | SLRT-II, ZLT-II | WLLP-R, LGVT 5-12+, LESEN 6-7, LESEN 8-9, SLRT-II, SLS 2-9, ZLT-II | ELFE 1-6, LGVT 5-12+, LESEN 6-7, LESEN 8-9 Bei Defiziten muss überprüft werden, ob diese durch eine unzureichende Lesegenauigkeit, Lesegeschwindigkeit oder Sprachfähigkeit zustande kommen. |
| Förderansatz | <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der phonologischen Bewusstheit | <ul style="list-style-type: none"> • Systematische Instruktionen zur Automatisierung der Graphem-Phonem-Korrespondenzen • Graphem-Silben- und Morphem-synthese | <ul style="list-style-type: none"> • Graphem-Silben- und Morphem-synthese | <ul style="list-style-type: none"> • Lesestrategie-trainings (wenn Dekodier- oder Sprachfähigkeit unbeeinträchtigt) |
| Schule/ Vorschule | <ul style="list-style-type: none"> • Hören, lauschen, lernen II • Lesen und schreiben lernen mit der Hexe Susi. • Lobo vom Globo • Lass uns lesen! | <ul style="list-style-type: none"> • Flüssig lesen lernen • Lautgetreue Lese-Rechtschreibförderung • Delfino | <ul style="list-style-type: none"> • Lesespiele mit Elfe und Mathis | |
| Üben zu Hause | <ul style="list-style-type: none"> • Lass uns lesen! • Meister Cody Namagi | <ul style="list-style-type: none"> • Flüssig lesen lernen • Meister Cody Namagi | | |
| Außerschulische Therapie | <ul style="list-style-type: none"> • Hören, lauschen, lernen II • Lesen und schreiben lernen mit der Hexe Susi. • Meister Cody Namagi | <ul style="list-style-type: none"> • Kieler Leseaufbau • Lautgetreue Lese-Rechtschreibförderung • Flüssig lesen lernen • Meister Cody Namagi | <ul style="list-style-type: none"> • Lesespiele mit Elfe und Mathis | |

| M03 Übersicht zur Diagnostik und Förderung bei Rechtschreibschwierigkeiten und einer Rechtschreibstörung | | | |
|---|---|---|---|
| Anzeichen | Sehr viele phonologische Fehler (Grapheme werden ausgelassen, hinzugefügt oder verwechselt) | | Sehr viele orthografische (z. B. Groß- und Kleinschreibung, Dehnungs-h) und morphologische (z. B. Auslautverhärtung) Rechtschreibfehler |
| Problembereich | Phonemidentifikation, -unterscheidung und -verbindung | Lautgetreue Rechtschreibung | Fehlendes orthografisches bzw. morphologisches Wissen, mangelnde morphologische Bewusstheit |
| Diagnostik | PB-LRS, TEPHOEBE | DERET 1-2, DERET 3-4, DERET 5-6+, DRT4, DRT5, SLRT-II, WRT-1+, WRT-2+, WRT-3+, WRT-4+, OLFA 3-9 | DERET 1-2, DERET 3-4, DERET 5-6+, DRT 4, DRT 5, RST-ARR, SLRT-II, WRT-1+, WRT-2+, WRT-3+, WRT-4+, OLFA 3-9 |
| Förderansatz | <ul style="list-style-type: none"> Förderung der phonologischen Bewusstheit | <ul style="list-style-type: none"> Systematischen Instruktionen zur Automatisierung der Phonem-Graphem-Zuordnung | <ul style="list-style-type: none"> Instruktionen zur Wortteilanalyse und zum Erwerb und Einsatz orthografischen/ morphologischen Wissens. |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Orthografisches Regelwissen Morphologisches Wissen, morphologische Bewusstheit |
| Schule/ Vorschule | <ul style="list-style-type: none"> Hören, lauschen, lernen I Hören, lauschen, lernen II Lesen und schreiben lernen mit der Hexe Susi. Lobo vom Globo Lass uns lesen! | <ul style="list-style-type: none"> Lautgetreue Lese-Rechtschreibförderung | <ul style="list-style-type: none"> Lautgetreue Lese-Rechtschreibförderung Marburger Rechtschreibtraining MORPHEUS – Morphem-unterstütztes Grundwortschatz-Segmentierungstraining Remo 2 |
| Üben zu Hause | <ul style="list-style-type: none"> Lass uns lesen! | | <ul style="list-style-type: none"> Marburger Rechtschreibtraining MORPHEUS – Morphem-unterstütztes Grundwortschatz-Segmentierungstraining |
| Außerschulische Therapie | <ul style="list-style-type: none"> Hören, lauschen, lernen I und II Lesen und schreiben lernen mit der Hexe Susi. | <ul style="list-style-type: none"> Lautgetreue Lese-Rechtschreibförderung | <ul style="list-style-type: none"> Marburger Rechtschreibtraining Lautgetreue Lese-Rechtschreibförderung |

M04 Muster für ein fachärztliches Attest zur Vorlage bei der Schule

Ausstellende Praxis/Klinik: _____

Name des Adressaten: _____

_____ [Name des Kindes], geboren am _____ [Datum], wohnhaft in _____ [Adresse], wurde am _____ [Datum] in unserer Praxis/Klinik ambulant untersucht.

Es wurde eine Lesestörung (F81.0)/eine Rechtschreibstörung (F81.1)/eine Lese-Rechtschreibstörung (F81.0) diagnostiziert.

Die Diagnose beruht auf einer multiaxialen Diagnostik.

Die kognitiven Fähigkeiten von _____ [Name des Kindes] wurden mit dem _____ [Name des Verfahrens] untersucht. Hierbei erreichte _____ [Name des Kindes] einen durchschnittliche Wert (T-Wert = _____).

Die Lesefähigkeit wurde mit _____ [Name des Verfahrens] untersucht. _____ [Name des Kindes] erreichte in der Lesegeschwindigkeit einen weit unterdurchschnittlichen Prozentrang (PR < _____).

Das Leseverständnis wurde mit _____ [Name des Verfahrens] untersucht. _____ [Name des Kindes] erreichte im Leseverständnis einen weit unterdurchschnittlichen Prozentrang (PR < _____).

Die Rechtschreibfähigkeit wurde mit _____ [Name des Verfahrens] untersucht. _____ [Name des Kindes] erreichte in der Rechtschreibung einen weit unterdurchschnittlichen Prozentrang (PR < _____).

Die Diagnose ist nicht durch eine psychische Erkrankung (Achse 1), durch geringe kognitive Fähigkeiten (Achse 3), durch eine körperliche Erkrankung (Achse 4), durch psychosoziale Belastungen (Achse 5) oder durch mangelnde psychosoziale Ressourcen (Achse 6) begründet.

Dieses Attest unterliegt der Schweigepflicht!

Wir empfehlen aufgrund der Diagnose _____ [Diagnose] bei dem Kind/der Jugendlichen/dem Jugendlichen einen Nachteilsausgleich und Notenschutz gemäß _____ [hier die länderspezifische Verordnung bzw. Regelung einfügen] zu gewähren.

Hierzu gehören Verlängerung der Lese- und/oder Schreibzeit bis zu 50%, Vorlesen von Aufgaben bei der Lesestörung, das Benutzen eines Zeilenlineals beim Lesen, Aufgabenblätter mit einer Schriftgröße > 12 pt, serifenlose Schrift, stärkere Gewichtung der mündlichen anstatt der schriftlichen Leistungen bei der Leistungsbewertung.

Ort, Datum

Unterschrift