

Praxis für Kinder und Jugendliche

Chr. Kunze, Dr. K. Schaal

Auffälligkeiten im Lesen und Schreiben – bei U10 / U11

Welche Phänomene haben Sie bei Ihrem Kind beobachtet? Kreuzen Sie diese bitte an.

	Ja	nein	weiß nicht
1. Erfolgt(e) das Lesenlernen verzögert und zäh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein Kind lässt Buchstaben oder ganze Worte aus, z.B. zwanzig-zwazig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. verdreht Buchstaben z.B: b-d, p-q, d-t, g-k	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. fügt immer wieder falsche Buchstaben in Worte ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. oder fügt Worte oder Wortteile hinzu z.B. Maus-Muas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat Ihr Kind verlangsamtes Lesetempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Ihr Kind Startschwierigkeiten beim Vorlesen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verliert es beim Lesen oft die Zeile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Inhalt des Gelesenen wird nur unzureichend verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mein Kind schreibt oft so wie es gesprochen wird (z.B. während- wernt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. nimmt Ausgesprochenes oft falsch wahr (z.B. Grund-Krunt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mein Kind hat eine niedrige Schreibgeschwindigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Macht viele Fehler beim Abschreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Verweigert ihr Kind das Lesen oder liest nur unter Druck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mein Kind hat eine unleserliche Schrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Zeigt Ihr Kind emotionale Symptome im Sinne von Versagensängsten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mein Kind hat öfters Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Zeigt Ihr Kind allgemeine Lern- und Leistungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mein Kind zeigt depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mein Kind hat immer wieder / oft Angst vor der Schule bzw. will immer wieder nicht in die Schule gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ist in seinen Sozialkontakten gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Es gibt oft / regelmäßig Hausaufgabenkonflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vater oder Mutter oder Geschwister hat eine LRS			

Auswertung:

Beratungsgespräch zu LRS (kurz) und Termin beim Klassenlehrer vereinbaren

Beratung + Gespräch mit Klassenlehrer + testung auf LRS über die Schule innerhalb von 6 Wochen !