

**ANTRAG ZUR EINSCHULUNG IHRES KINDES (mit AD(H)S) in das
Private Gymnasium Esslingen
Rotenackerstraße 71 · 73732 Esslingen**

Ausfülldatum:	Eingangsdatum:
---------------	----------------

Jetzige Schule:	<i>Bild vom Kind</i>
Schulart:	
Aktuelle Klasse:	
Für welche Klasse und welches Schuljahr erfolgt der Antrag:	Klasse ____ im Schuljahr <u>20</u> / ____

Angaben zum Kind / Jugendlichen / jungen Erwachsenen:			
Name, Vorname			
Geburtstag		Geburtsort	
Konfession			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Wohnort			
Landkreis			
Telefon	privat	mobil	
E-Mail			
Lebt bei	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Oma/Opa <input type="checkbox"/> Heim		

1. Angaben zur Familie

Vater	<input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Pflege-V. <input type="checkbox"/> Adoptiv-V. <input type="checkbox"/> Stief-V.		
Name, Vorname			
Geburtstag		Konfession	
Beruf			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Telefon	priv.	berufl.	mobil
E-Mail			

Mutter	<input type="checkbox"/> leiblich <input type="checkbox"/> Pflege-M. <input type="checkbox"/> Adoptiv-M. <input type="checkbox"/> Stief-M.		
Name, Vorname			
Geburtstag		Konfession	
Beruf			
Staatsangehörigkeit			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Telefon	priv.	berufl.	mobil
E-Mail			

Familienstand der Eltern	
<input type="checkbox"/> verheiratet seit:	<input type="checkbox"/> verwitwet seit:
<input type="checkbox"/> zusammen lebend seit:	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit:
<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit:	<input type="checkbox"/> erneut getrennt lebend seit:
<input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> erneut geschieden seit:
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> alleiniges <input type="checkbox"/> nur Aufenthaltsbestimmungsrecht	
Umgangsrecht (ist wie geregelt?):	

Geschwister	
Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Name, Geburtstag	
Kindergarten	
Schule, Klasse	
Entwicklung	
Verstorbene Kinder (Name / Alter / wann)	

Wohnsituation	
<input type="checkbox"/>	Wir wohnen seit der Geburt des Kindes in der gleichen Wohnung
<input type="checkbox"/>	Wir sind umgezogen und haben vorher
von	bis in gewohnt.
von	bis in gewohnt.
von	bis in gewohnt.

Trennung von den Eltern	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, z.B. wegen Krankenhaus-, Heim-, oder Internatsaufenthalt
von	bis weshalb:
von	bis weshalb:
von	bis weshalb:

2. Einschätzung der aktuellen Situation

Welche Sorgen und Probleme haben Sie aktuell mit Ihrem Kind / Jugendlichen? (Wichtigste Symptome? Seit wann bestehen sie?)

In welchen Lebensbereichen zeigen sich die genannten Probleme?
<input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> zuhause <input type="checkbox"/> im Kontakt mit anderen <input type="checkbox"/> Sport <input type="checkbox"/> Freizeit
<input type="checkbox"/> sonstige _____
Unterschied zwischen Schule und zu Hause
<input type="checkbox"/> ja _____

<input type="checkbox"/> nein

Was mögen Sie besonders an ihrem Kind?

Warum denken Sie, dass das Private Gymnasium Esslingen die passende Schule für Ihr Kind ist?

3. Diagnosen

Diagnosen und Befunde

Wurde die AD(H)S-Diagnose bereits gestellt?

nein

ja

Wann? _____ Durch wen? _____

Weitere Diagnosen

nein

ja, folgende _____

Teilleistungsstörungen

Wurde bereits eine Teilleistungsschwäche festgestellt?

nein

ja, folgende Lesen/Rechtschreiben

Rechnen/Dyskalkulie

Sonstige _____

Wann? _____ Durch wen? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

nein

ja, folgende

Präparat	Dosierung	Einnahmezeiten	seit

ungewöhnliche Reaktionen: _____

4. Behandlungen

Bisherige Behandlungen z.B. Therapie, Beratung Was (z.B. Entwicklungsdiagnostik)? Wer? Wann? Zeitraum?	
<input type="checkbox"/>	Erziehungsberatungsstelle:
<input type="checkbox"/>	Schulpsychologischer Dienst:
<input type="checkbox"/>	Sozialpädiatrisches Zentrum:
<input type="checkbox"/>	Kinderneurologie:
<input type="checkbox"/>	Kinder- / Jugendpsychiatrie:
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie:
<input type="checkbox"/>	Analytische Spieltherapie:
<input type="checkbox"/>	Familientherapie:
<input type="checkbox"/>	Elterntraining:
<input type="checkbox"/>	Frühförderung:
<input type="checkbox"/>	Legasthenie- / Dyskalkulie-Training:
<input type="checkbox"/>	Heilpädagogik:
<input type="checkbox"/>	Reittherapie:
<input type="checkbox"/>	Logopädie:
<input type="checkbox"/>	Ergotherapie / Psychomotorik:
<input type="checkbox"/>	Krankengymnastik:
<input type="checkbox"/>	Homöopathie:
<input type="checkbox"/>	Ernährungsumstellung:
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:
<input type="checkbox"/>	Familienaufstellung
<input type="checkbox"/>	Kinesiologie
<input type="checkbox"/>	Tomaristherapie
<input type="checkbox"/>	Festhaltetherapie
<input type="checkbox"/>	Phytotherapie
<input type="checkbox"/>	Musiktherapie
<input type="checkbox"/>	Kunsttherapie
Fühlten Sie sich als Eltern ausreichend beraten / unterstützt?	

5. Gesundheitszustand

<input type="checkbox"/> guter		<input type="checkbox"/> eher schlechter allgemeiner Gesundheitszustand	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	seit:	wie oft:	Situation:
<input type="checkbox"/> Migräne	seit:	wie oft:	Situation:
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	seit:	wie oft:	Situation:
<input type="checkbox"/> Allergien (Nahrungsmittel- allergie/intoleranz etc):	_____		
<input type="checkbox"/> Impfungen welche/wann	(Kopie Impfpass beilegen)		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____		
<input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/> Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/>	Herzklopfen, Herzrasen
<input type="checkbox"/> Plötzliches Erröten	<input type="checkbox"/> Plötzliche Atemnot	<input type="checkbox"/>	Nervosität (z.B. Nesteln)
<input type="checkbox"/> Zittern (z.B. der Hände)	<input type="checkbox"/> Übermäßiges Schwitzen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tic – Störungen (z.B. Zwinker- / Räuspertic, Tourette-Syndrom)			
<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen (wie lange?)	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Frühes Erwachen (wann?)
<input type="checkbox"/> Alpträume	<input type="checkbox"/> Sehr unruhiges Schlafver- halten	<input type="checkbox"/>	Sprechen / Schreien im Schlaf
<input type="checkbox"/> Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Nägelkauen	<input type="checkbox"/>	Daumenlutschen
<input type="checkbox"/> Appetitstörungen	<input type="checkbox"/> Auffälliges Essverhalten (was?)		

6. Schule

Schulische Anamnese			
Einschulung: Jahr _____	<input type="checkbox"/> regulär	<input type="checkbox"/> vorzeitig	<input type="checkbox"/> zurückgestellt
Wurde eine Klasse wiederholt?	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> freiwillige Wiederholung
Ist die Versetzung gefährdet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Grund _____
Weiß die Schule von der Diagnose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Auffälligkeiten (z. B.: Fernbleiben vom Unterricht, Ausschluss, Ordnungsmaßnahmen, abweichendes Verhalten) / weitere Informationen:			

Schulschwierigkeiten heute	
im Fach Deutsch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgenden Bereichen:
im Fach Mathematik	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgenden Bereichen:
in anderen Fächern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgenden:
Nachhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgenden Fächern:
Mündliche Beteiligung im Unterricht:	

Hausaufgabensituation	
Kontrollieren Sie die Hausaufgaben: <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	Wie lange braucht Ihr Kind in der Regel für die Hausaufgaben? Stunden
Kontakt mit der Schule: <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie	Verhalten bei den Hausaufgaben:

Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> macht HA nur unregelmäßig
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> mangelnde Sorgfalt, Leichtsinnfehler
<input type="checkbox"/> Aufgabenverständnis	<input type="checkbox"/> Trödeln, langsames Arbeitstempo
<input type="checkbox"/> benötigt häufig Unterstützung	<input type="checkbox"/> Abwehr, Verweigerung
<input type="checkbox"/> Ausdauer, Ablenkbarkeit (steht auf, ...)	<input type="checkbox"/> sonstiges

7. Schwierigkeiten im Bereich Schule/Verhalten und Familie

Schulschwierigkeiten	Verhalten
<input type="checkbox"/> Sprechen/Sprache (redet zuviel, nicht zusammenhängend, kann sich nicht spontan ausdrücken, verwechselt Buchstaben, Wortfindungsstörungen)	<input type="checkbox"/> Steigert sich schnell in etwas hinein
<input type="checkbox"/> Grundrechenarten (addieren, subtrahieren, multiplizieren, dividieren)	<input type="checkbox"/> Kaum Ausdauer (bringt wenig zu Ende)
<input type="checkbox"/> Lesen (zu langsam, zu schnell, oberflächlich, verschluckt Silben, ohne zu verstehen)	<input type="checkbox"/> Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit
	<input type="checkbox"/> Kritikempfindlichkeit
<input type="checkbox"/> Schreiben (Rechtschreibfehler, lässt Buchstaben und Wörter aus)	<input type="checkbox"/> Beginnt of Schlägereien, verärgert andere absichtlich
<input type="checkbox"/> Graphomotorik (beim Malen, Schreiben, z.B. Kritzeln, unregelmäßige Schrift)	<input type="checkbox"/> Kann nicht abwarten, bis er/sie an der Reihe ist
<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit, Konzentration	<input type="checkbox"/> Strafen (wirken nicht)
<input type="checkbox"/> Leistungsschwankungen	<input type="checkbox"/> Motzt viel, diskutiert Anweisungen
<input type="checkbox"/> Ist durch geistiges Arbeiten schnell zu ermüden (Gähnen, Augenreiben)	<input type="checkbox"/> Impulsivität, Wutanfälle, Aufbrausen
	<input type="checkbox"/> Kann soziale Regeln schlecht einhalten
<input type="checkbox"/> Tagträumerei	<input type="checkbox"/> Kaspfern, Clownerei, „aufmerksamkeitsheischendes Verhalten
<input type="checkbox"/> Textaufgaben (überfliegt und rät dann mehr, als dass er/sie rechnet)	<input type="checkbox"/> Kindlicher als Gleichaltrige
<input type="checkbox"/> Hört nicht richtig zu, missversteht Anweisungen	<input type="checkbox"/> Will immer Chef sein
<input type="checkbox"/> Stillsitzen (im Unterricht, bei den Hausaufgaben)	<input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit
<input type="checkbox"/> Verliert viel (z.B. Füller, Stifte, Radierer, Turnbeutel)	<input type="checkbox"/> Reagiert heftig auf Hektik oder Veränderungen
<input type="checkbox"/> Hat kaum Freunde in der Klasse	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/>
Bestehen sonstige Schulschwierigkeiten?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	
Bestehen Prüfungs- / Versagensängste?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	

Pubertät
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehen Auffälligkeiten im sozialen/schulischen Bereich? (z. B. Peergroup, soziale Integration/Motivation, Lernverhalten)
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, folgende

Wie erlebt die Familie das Kind/den Jugendlichen im Alltag? (z. B. Befindlichkeit)

Auswirkungen der Symptomatik auf die Familie
Entstehen durch die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes/Jugendlichen Probleme in der Familie?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Geschwisterkonflikt
<input type="checkbox"/> Konflikte mit anderen Familienmitgliedern / Verwandtschaft
<input type="checkbox"/> Partnerkonflikte
<input type="checkbox"/> Sonstige:

Leidet das Kind/der Jugendliche unter seiner Verhaltensauffälligkeit?
<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> massiv
Wie äußert sich das hauptsächlich?

8. Erziehung

Von wem wird/wurde das Kind/der Jugendliche vorwiegend erzogen?
<input type="checkbox"/> von beiden Elternteilen
<input type="checkbox"/> von der Mutter
<input type="checkbox"/> vom Vater
<input type="checkbox"/> von den Großeltern
<input type="checkbox"/> sonstige:

Welchen Erziehungsstil praktizieren die Hauptbezugspersonen? (Versuch einer Einschätzung)
<input type="checkbox"/> Streng
<input type="checkbox"/> Konsequenz
<input type="checkbox"/> Impulsiv
<input type="checkbox"/> Antiautoritär
<input type="checkbox"/> Kumpelhaft
<input type="checkbox"/> an den Bedürfnissen des Kindes orientiert
<input type="checkbox"/> sonstige:
Vater und Mutter unterscheiden sich im Erziehungsstil hinsichtlich folgender Erziehungsmaßnahmen und -haltungen:

Praktizierte Erziehungsmaßnahmen / Konsequenzen	
<input type="checkbox"/> wenig, da erzieherisch gut erreichbar	<input type="checkbox"/> „Standpauke“
<input type="checkbox"/> klärendes Gespräch	<input type="checkbox"/> „Strafarbeiten“
<input type="checkbox"/> Nichtbeachtung	<input type="checkbox"/> Taschengeld- / TV- / PC-Entzug
<input type="checkbox"/> Hausarrest	<input type="checkbox"/> Drohungen
<input type="checkbox"/> Ohrfeige, Klaps auf den Po	<input type="checkbox"/> Einsperren
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Erhält Ihr Kind Taschengeld?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja € / Monat
Kommt Ihr Kind mit diesem Betrag zurecht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Was macht es in der Regel damit?	
Zu welchen häuslichen Pflichten wird Ihr Kind herangezogen?	
Erledigt es diese Pflichten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Wie ist die Beziehung zwischen ...	
Mutter und Kind/Jugendlichem?	Vater und Kind/Jugendlichem?
<input type="checkbox"/> besonders eng und herzlich	<input type="checkbox"/> besonders eng und herzlich
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> ausgeglichen
<input type="checkbox"/> gespannt	<input type="checkbox"/> gespannt
<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> sonstiges:
<input type="checkbox"/>	
den Geschwistern und Kind/Jugendlichem?	
<input type="checkbox"/> wenig problematisch	<input type="checkbox"/> problematisch
Welche besonderen Spannungen oder Probleme treten zwischen den Geschwistern auf? (z.B. ausgeprägte Geschwisterrivalität)	
Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

9. Fähigkeiten / Interessen und soziale Integration

Kompetenzen
Sprachen:
Musikalische Früherziehung:
Musikinstrumente:
Künstlerische Neigungen und Fähigkeiten
Technische und handwerkliche Fertigkeiten:
EDV-Kenntnisse / Programmiersprachen:
Sportliche Interessen:
Sonstiges:

Zugehörigkeit zu Jugendgruppen (kirchliche, freie, soziale;, Feuerwehr, Rotes Kreuz...):

Soziale Integration
Kann Ihr Kind seine Freizeit sinnvoll gestalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es verbringt die Freizeit
<input type="checkbox"/> lieber alleine
<input type="checkbox"/> lieber mit Gleichaltrigen
<input type="checkbox"/> lieber mit Erwachsenen
<input type="checkbox"/> am liebsten mit der Familie in / mit
Es hat
<input type="checkbox"/> viele Freunde
<input type="checkbox"/> wenige Freunde
<input type="checkbox"/> keine Freunde
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, und zwar:

ANTRAG ZUR EINSCHULUNG in das Private Gymnasium Esslingen

Rückantwort

An das
Private Gymnasium Esslingen
Psychologisch-Pädagogisches Team
Rotenackerstraße 71

73732 Esslingen

In der Anlage erhalten Sie

- Antrag zur Einschulung
- multiaxiale ADHS-Diagnostik nach ICD-10 mit aktuellem und ausführlichem Befundbericht einschließlich Begabungsprofil (IQ-Test)
- Kopie der letzten Zeugnisse
- schriftlicher Bericht der abgebenden Schule
- Kopie Impfausweis
- Sonstiges: _____

Mit freundlichen Grüßen

ANGABEN ZUR SCHULSTATISTIK

I. Persönliche Angaben zur Schülerin/zum Schüler

Vor- und Zuname: _____

Klasse: _____ im Schuljahr: _____

II. Angaben zur Bestimmung des Migrationshintergrundes der Schülerin/ des Schülers

- Zutreffendes bitte ankreuzen-

Frage 1: Besitzt die Schüler/ der Schüler die deutsche Staatsangehörigkeit?

JA

NEIN

Hinweis: Wenn die Schülerin/ der Schüler die deutsche und eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzt, kreuzen Sie bitte „JA“ an.

Frage 2: Ist die Schülerin/ der Schüler auf dem heutigen Gebiet der Bundesrepublik Deutschland geboren?

JA

NEIN

Frage 3: Sprechen Sie in Ihrer Familie bzw. im häuslichen Umfeld überwiegend

DEUTSCH

NICHT DEUTSCH

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten bzw. der volljährigen Schülerin/ des volljährigen Schülers