



**Guido Maier**  
**Qualifizierter Beratungslehrer**

Vachendorfer Ring 29  
**83278 Traunstein**

Tel. dienstlich 0861-164430  
Tel. privat 0861-15618  
Fax 0861-164050  
schulberatung.maier@mail-buero.de

## Fragebogen für Eltern

Bitte verstehen Sie die folgenden Fragen als Orientierungshilfe für die Schulberatung.  
Die Informationen werden vertraulich behandelt und verbleiben bei unseren Unterlagen.

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Klassenlehrer \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte \_\_\_\_\_

### **1. Familie**

Vater

Mutter

Name \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Geschwister

Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Schule/Beruf \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Schule/Beruf \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Schule/Beruf \_\_\_\_\_

### **2. a) Welches Problem hat Ihr Kind/haben Sie?**

---

---

---

### **2. b) In welchen Situationen taucht das Problem auf?**

---

---

---

**2.c) Wie häufig?**

---

---

**2.d) Wann nicht?**

---

---

**3. Was bedrückt Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung am meisten?**

---

---

**4. Was schätzen sie an Ihrem Kind am meisten?**

---

---

**5. Welche Fragen möchten Sie von mir beantwortet haben?**

---

---

**6. Welche Hilfestellung erwarten Sie konkret von mir?**

---

---

**7. Wie stellen Sie sich eine optimale Lösung des Problems vor?**

---

---

**8. Haben Sie schon andere Hilfsmaßnahmen (Beratung, Therapie,...) in Anspruch genommen? Wenn ja, welche und mit welchem Ergebnis?**

---

---

**9. Erhält ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?**

---

---

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**