



# Überblick Förderdiagnostik/ Empfehlungen

Name:	Geburtsdatum:	Klassenlehrer/in:
-------	---------------	-------------------

**Förderdiagnostik gem. § 7 § 42 der VOGSV**

Besondere Schwierigkeiten b. Lesen/Rechtschreiben festgestellt durch: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Besondere Schwierigkeiten beim Rechnen festgestellt durch: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Entscheidung über Art und Umfang der Förderung (s. u.) durch: Klassenkonferenz am: \_\_\_\_\_

Nachteilsausgleich im Fach \_\_\_\_\_ beantragt durch: Eltern am: \_\_\_\_\_

Entscheidung /Gewährung d. Formen des Nachteilsausgleichs durch: Klassenkonferenz /SL am: \_\_\_\_\_

Einbeziehung des Schulpsychologischen Dienstes:  nein  ja am: \_\_\_\_\_

**Information und Beratung der Eltern**

Schwierigkeiten gemäß VOLRR / Information über den Förderplan durch: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Information der Eltern über Formen des Nachteilsausgleichs durch: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

Facharztbesuch \_\_\_\_\_ empfohlen:  nein  ja am: \_\_\_\_\_

Ergotherapie empfohlen:  nein  ja am: \_\_\_\_\_

Logopädische Behandlung empfohlen:  nein  ja am: \_\_\_\_\_

Erziehungsberatung empfohlen:  nein  ja am: \_\_\_\_\_

Sonstige Empfehlungen: \_\_\_\_\_

Name:

## Diagnostik

### Durchgeführte Lernstandserhebungen / Tests

	1. Schuljahr	2. Schuljahr	3. Schuljahr	4. Schuljahr
<i>Stolperwörter- Lesetest (im Mai)</i>	x	x	x	x
<i>Wörterrätsel für Fortgeschrittene (Nov. und Juni)</i>	---	x x	x x	x x
<i>HSP (bei Bedarf)</i>				
<i>BADY (bei Bedarf)</i>				



Name:	Klasse:	Schuljahr:	Zeitplan:
-------	---------	------------	-----------

**Vorrangiger Förderbedarf:**  
 Sprache                     
 Lesen                     
 Schreiben                     
 Rechtschreiben                     
 Rechnen  
 Arbeitsverhalten                     
 Sozialverhalten                     
 Motorik                     
 Sonstige: \_\_\_\_\_

Förderziel:	Maßnahme/n:	Verantwortliche:	Überprüfung am:	Verbesserung
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Förderziel:	Maßnahme/n:	Verantwortliche:	Überprüfung am:	Verbesserung
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Förderziel:	Maßnahme/n:	Verantwortliche:	Überprüfung am:	Verbesserung
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift Verantwortliche/r: \_\_\_\_\_