



Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation

Teil 1

1. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Wurde ihr Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Gab es einen Notkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8. Lag ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf : <input type="checkbox"/> Geräusche? <input type="checkbox"/> Licht / Helligkeit? <input type="checkbox"/> Berührung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
25. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
27. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
28. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei mehr als 7 Ja-Anworten ist es sinnvoll, testen zu lassen ob noch Reflexe aktiv sind.

Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.



29. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
31. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
32. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
33. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
34. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
35. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
36. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
37. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
38. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
39. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
40. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
41. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
44. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem heim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
45. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
46. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
47. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
48. Lernt Ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
49. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
50. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
51. Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
52. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
53. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
54. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
55. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
56. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
57. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bei mehr als 7 Ja-Anworten ist es sinnvoll, testen zu lassen ob noch Reflexe aktiv sind.
Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.