



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

Name des Kindes _____

Datum _____

1.	Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche <input type="checkbox"/> oder persönliche <input type="checkbox"/> Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
2.	Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
3.	Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange <input type="checkbox"/> , Saugglocke <input type="checkbox"/> , Nabelschnur um den Hals des Kindes <input type="checkbox"/>)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4.	Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5.	Gab es einen Notkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6.	Wurde Ihr Kind durch einen (Wunsch-) Kaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7.	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz <input type="checkbox"/> oder zu lang <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8.	Gab es wehenfördernde <input type="checkbox"/> oder wehenhemmende <input type="checkbox"/> Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9.	War die Geburt eine Beckenendlage?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10.	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
11.	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
12.	Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf: Geräusche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
13.	: Licht / Helligkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
14.	: Berührung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
15.	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
16.	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
17.	Ihr Kind ist schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
18.	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
19.	Lernt Ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
20.	Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
21.	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
22.	Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
23.	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
24.	Leidet Ihr Kind an Asthma <input type="checkbox"/> , Allergien <input type="checkbox"/> oder häufigen Infekten <input type="checkbox"/> .	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
25.	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
26.	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
27.	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
28.	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

29.	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
30.	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
31.	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
32.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
33.	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
34.	Fragt Ihr Kind oft nach oder sagt oft "was"?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
35.	Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
36.	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
37.	Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
38.	Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
39.	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
40.	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
41.	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
42.	Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
43.	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
44.	Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
45.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
46.	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
47.	Hat es gutes mündliches Wissen, kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
48.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Schreiben (vor allem bei der Schreibschrift)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
49.	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
50.	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung <input type="checkbox"/> , Grammatik <input type="checkbox"/> oder Rechnen <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
51.	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben <input type="checkbox"/> oder Wörter <input type="checkbox"/> aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
52.	Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
53.	Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
54.	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam <input type="checkbox"/> / fehlendes Leseverständnis <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
55.	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
56.	War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
57.	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
58.	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert <input type="checkbox"/> und vergisst oft etwas <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
59.	Neigt es zur Schwatzhaftigkeit bzw. redet es übergebürlich viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
60.	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
61.	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
62.	Hält Ihr Kind den Stift verkrampt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

63.	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
64.	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
65.	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
66.	Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
67.	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
68.	Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
69.	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
70.	Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
71.	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
72.	Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
73.	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
74.	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Besteht eine der folgenden Diagnosen: AD(H)S LRS Dyskalkulie Dyspraxie
 Kiss-Syndrom Epilepsie Schwindelmigräne Weiteres _____

Bekommt oder bekam Ihr Kind Fördermaßnahmen?

- Logotherapie für _____
- Ergotherapie für _____
- Heilpädagogische Therapie für _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? _____

Waren oder sind Sie mit Ihrem Kind in psychiatrischer/psychologischen Behandlung? Wenn ja, bitte kurz beschreiben, warum?

Wann war die letzte HNO-Untersuchung? _____

Wurde Ihr Kind dort pädaudiologisch (Hinweis auf eine AVWS) untersucht? Ja Nein

Wann war die letzte augenärztliche Untersuchung? _____

Waren Sie mit Ihrem Kind beim Optiker zur einer optometristischen Untersuchung (zur Klärung einer VVWS)? Ja Nein

Liegen bei Ihrem Kind Unverträglichkeiten/Allergien vor? _____

Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der Lehrkraft und mit Ihrem Kind. Die Antworten dann bitte farblich kennzeichnen.

Claudia Zock - psych. Beratung & Coaching - Trainerin für Reflexintegration - Tel.: 08141 - 889792

