

ELTERN-FRAGEBOGEN

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



Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes.

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

1. Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose wie LRS, Dyspraxie oder ADS/ ADHS gestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Nimmt Ihr Kind zu Zeit Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Gibt es eine familiäre Vorbelastung mit Lernproblemen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Gab es medizinische Problem in der Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Gab es emotionalen Stress in der Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Gab es eine Hormonbehandlung oder In vitro Fertilisation?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Wurde Ihr Kind +/- 2 Wochen vor dem errechneten Termin geboren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Wurde Ihr Kind +/- 2 Wochen nach dem errechneten Termin geboren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Gab es Komplikationen im Geburtsverlauf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Gab es einen Kaiserschnitt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Gab es Auffälligkeiten wie Schädelverformungen, Nabelschnurverwicklung, blaue Flecken, starke Käseschmiere?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Stillen oder Trinken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13. Hat Ihr Kind viel gespuckt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14. Dauerte es über 4 Monate, bis es seinen Kopf hochhalten konnte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15. War Ihr Baby sehr aktiv und fordernd?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
16. Schlieft es wenig und schrie es oft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
17. Gibt es eine Geschichte mit Kopfverletzungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
18. Hat Ihr Kind sich nur schwer und mit Unterstützung auf den Bauch gedreht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
19. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
20. Hatte es eine Alternativform zum Krabbeln entwickelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
21. Hat Ihr Kind besonders früh (vor 12 Monate) oder spät (nach 15 Monaten) laufen gelernt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
22. Hat Ihr Kind Probleme in der Sprachentwicklung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
23. Gab es in den ersten 18 Lebensmonaten Krankheiten, die mit hohem Fieber verbunden waren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
24. Leidet Ihr Kind unter Hautproblemen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
25. Hat Ihr Kind Asthma?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
26. Lutschte Ihr Kind sehr lange am Daumen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
27. Nässte Ihr Kind lange ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
28. Ist Ihr Kind sehr ängstlich und schreckhaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
29. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
30. Leidet es unter Höhenangst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
31. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten das Lesen zu lernen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
32. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
33. Hatte es Probleme die Uhrzeit (analog) zu erlernen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
34. Hatte es Schwierigkeiten Brustschwimmen zu lernen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35. Tauchte es lieber (Kopf-unter-schwimmen) als den Kopf oben zu halten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
36. Hatte Ihr Kind öfters Infektionen im HNO-Bereich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
37. Hat oder hatte Ihr Kind Probleme beim Ball fangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

ELTERN-FRAGEBOGEN

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



38. Hat Ihr Kind Probleme still zu sitzen und wird oft ermahnt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
39. Macht es häufig Fehler vom Abschreiben von der Tafel oder vom Buch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40. Verdreht es manchmal Buchstaben oder lässt Buchstaben aus?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
41. Verdreht es manchmal Zahlen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
42. Schreibt es in Spiegelschrift?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
43. Reagiert es empfindlich auf Geräusche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
44. Reagiert es empfindlich auf Licht / Helligkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
45. Reagiert es empfindlich auf unerwartete Bewegungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
46. Mag Ihr Kind nur bevorzugte Konsistenzen essen (flüssig, stückig etc) oder gibt es Auffälligkeiten bei der Nahrungsauswahl?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
47. Braucht Ihr Kind sehr lange für seine Hausaufgaben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
48. Hat es Probleme seine Hausaufgaben grundsätzlich selbstständig zu erledigen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
49. Trödelt Ihr Kind oft und ist ein „Träumerle“?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
50. Geht Ihr Kind oft auf Zehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
51. Steht Ihr Kind sich mit seinem Verhalten oft „selbst im Weg“?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
52. Hat Ihr Kind eine verkrampfte Stifthaltung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
53. Hat Ihr Kind Probleme beim Ausschneiden oder mag kleinteilige Arbeiten nicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
54. Hängt die Zungenspitze aus dem Mund wenn sich Ihr Kind anstrengt oder Konzentriert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
55. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen oder hat Zahnfehlstellungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
56. Saß oder sitzt Ihr Kind oft in W Haltung oder schlingt seine Beine um die Stuhlbeine?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
57. Sitzt Ihr Kind gerne mit unterschlagenen Beinen da?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
58. Hängt Ihr Kind eher über dem Schreibtisch als das es gerade sitzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
59. Muss es den Kopf oft in die Hände aufstützen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
60. Ermüdet es oft beim Lesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
61. Mag es nicht gerne Schreiben, aber ist mündlich dafür super?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
62. Leidet Ihr Kind unter Schulangst, oder hat oft Bauchweh vor neuen Situationen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
63. Lläuft Ihr Kind seine Schuhe ungleichmäßig ab?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
64. Mag Ihr Kind einen geplanten Tagesablauf und Struktur?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
65. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lange / kurz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
66. Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert bzw. gehemmt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
67. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
68. Leidet es unter überdurchschnittlicher Trennungsangst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
69. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
70. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
71. Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
72. Legt Ihr Kind das Papier/Heft schief vor sich zum Schreiben/Malen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
73. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Schwungübungen/Schreibschrift?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
74. Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

ELTERN-FRAGEBOGEN

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



75. Ist Ihr Kind generell eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
76. Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
77. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
78. Hat Ihr Kind verhältnismäßig lange Daumen gelutscht / Schnuller genommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
79. Drückt Ihr Kind beim Schreiben den Stift sehr stark auf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
80. Stört Ihr Kind enge Kleidung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>