

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. Schief 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 keine enge Kleidung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |