

Name des Kindes:	Geb.Datum:
KiTa/Schule/Klasse:	Datum:

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation	Antworten	
1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Schwierigkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft viel/lange liegen?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? (Saugglocke, Zange, Nabelschnur um den Hals des Kindes?)	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4. Wurde Ihr Kind früher geboren als berechnet?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
8. Gab es wehenförderene oder wehenhemmende Mittel?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
12. Ist Ihr Kind überempfindlich auf: Geräusche?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
13. Licht/Helligkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
14. Berührung?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
17. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule? (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannung?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
22. Macht Ihr Kind beim Malen oder Schreiben Mundbewegungen oder beisst die Zähne zusammen?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch stark auf?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zum Schreiben oder ermüdet es schnell?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
25. Wenn Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
26. Spricht Ihr Kind undeutlich?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

27. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehen zu gehen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
28. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen? (kopf nach hinten-Beine nach vorn)	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
38. Verdeht Ihr Kind Buchstaben, wie z.B. b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
40. Hat es gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten? (vor allem bei der Schreibschrift)	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben aus?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linien einzuhalten?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam/ fehlendes Leseverständnis)	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
52. Neigt Ihr Kind zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebürlich?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
53. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
54. Sitzt Ihr Kind gern auf einem oder beiden Füßen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
57. Hat/hatte Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem Brustschwimmen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch? (Kopf geht nach unten, Blick von unten nach oben)	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
59. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick? (Kopf im Nacken, Blick geht von oben herab)	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
61. Lernt Ihr Kind schlecht?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
64. Liebt Ihr Kind Routine?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
69. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
71. Trägt/trug Ihr Kind eine Zahnspange?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
72. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen/ gotischer Gaumen?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
74. Hat Ihr Kind lange am Daumen gelutscht?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

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