

Name des Kindes:	Geb.-Datum:
Kindergarten/Schule/Klasse:	Datum:

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation			
		JA	NEIN
1	Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?		
2	Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?		
3	Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?		
4	Wurde Ihr Kind zu früh geboren?		
5	Gab es einen Notkaiserschnitt?		
6	Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?		
7	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?		
8	Gab es wehenfördernde oder Wehen hemmende Maßnahmen?		
9	War die Geburt eine Beckenendlage?		
10	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?		
11	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?		
12	Reagiert Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf:		
13	Geräusche		
14	Licht / Helligkeit		
15	Berührung		
16	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?		
17	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?		
18	Hat Ihr Kind hohe Fehlerzahlen im Diktat?		
19	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)		

		JA	NEIN
20	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?		
21	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?		
22	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?		
23	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?		
24	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?		
25	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?		
26	Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?		
27	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?		
28	Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen?		
29	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?		
30	Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?		
31	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?		
32	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?		
33	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?		
34	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?		
35	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?		
36	Fragt Ihr Kind oft nach oder fragt oft "was"?		
37	Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?		
38	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?		
39	Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?		
40	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?		
41	Hat es gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen?		
42	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?		

		JA	NEIN
43	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?		
44	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?		
45	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?		
46	Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?		
47	Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Lineatur einzuhalten?		
48	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)		
49	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?		
50	Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?		
51	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?		
52	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?		
53	Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es auffallend viel?		
54	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?		
55	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?		
56	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?		
57	Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen?		
58	Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?		
59	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?		
60	Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?		
61	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?		
62	Fällt Ihrem Kind das Lernen schwer?		
63	Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?		
64	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?		

		JA	NEIN
65	Liebt Ihr Kind Routine?		
66	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?		
67	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?		
68	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?		
69	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?		
70	Ist Ihr Kind oft weinerlich?		
71	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?		
72	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?		
73	Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Gotischer Gaumen?		
74	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?		
75	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?		

Besprechen Sie den Fragebogen bitte auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes!

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

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

