



Fragebogen: Kind

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Kindergarten/ Schule / Klasse:	Datum:

Die Eltern füllen diesen Fragebogen aus.

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zur aktuellen Situation. Bei einigen Punkten lohnt es sich bei der Klassenlehrperson nach zu fragen.

Schwangerschaft / Geburt	JA	NEIN
1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Massnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachtung des Kindes	JA	NEIN
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf... Geräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... Licht / Helligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... Berührung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten – Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft «was», «hä»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührllich viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Hat Ihr Kind oft einen «hochnäsigen» Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Lernt Ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, «bewegt» sich nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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