

Name des Kindes:

Geb. Datum:

Kindergarten/Schule/Klasse:

Datum:

1. Gab es einen Notkaiserschnitt?	ja	nein
2. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	ja	nein
3. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	ja	nein
4. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	ja	nein
5. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	ja	nein
6. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	ja	nein
7. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?	ja	nein
8. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	ja	nein
9. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	ja	nein
10. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	ja	nein
11. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	ja	nein
12. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	ja	nein
13. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	ja	nein
14. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	ja	nein
15. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	ja	nein
16. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	ja	nein
17. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	ja	nein
18. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	ja	nein
19. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	ja	nein
20. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	ja	nein
21. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	ja	nein
22. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	ja	nein
23. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen?	ja	nein
24. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	ja	nein
25. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	ja	nein
26. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	ja	nein
27. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	ja	nein

28. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	ja	nein
29. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	ja	nein
30. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	ja	nein
31. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	ja	nein
32. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	ja	nein
33. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	ja	nein
34. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	ja	nein
35. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührllich viel?	ja	nein
36. Liebt Ihr Kind Routine?	ja	nein
37. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	ja	nein
38. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	ja	nein
39. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	ja	nein
40. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	ja	nein
41. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	ja	nein
42. Ist Ihr Kind übergebührllich empfindlich auf : Geräusche	ja	nein
43. Licht / Helligkeit	ja	nein
44. Berührung	ja	nein
45. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	ja	nein
46. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	ja	nein
47. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	ja	nein
48. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	ja	nein
49. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	ja	nein
50. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	ja	nein
51. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	ja	nein
52. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	ja	nein
53. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	ja	nein
54. Lernt Ihr Kind schlecht?	ja	nein
55. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	ja	nein
56. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	ja	nein
57. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	ja	nein
58. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	ja	nein

59. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	ja	nein
60. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	ja	nein
61. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	ja	nein
62. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	ja	nein
63. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	ja	nein
64. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	ja	nein
65. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	ja	nein
66. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	ja	nein
67. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	ja	nein
68. War die Geburt eine Beckenendlage?	ja	nein
69. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	ja	nein
70. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	ja	nein
71. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	ja	nein
72. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	ja	nein
73. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	ja	nein
74. Ist ihr Kind schlecht im Diktat?	ja	nein

Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes.

Bei mehr als 7 Ja-Anworten ist es sinnvoll weitere Tests zu den Reflexen durchzuführen.

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