

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Kindergarten - Schule/Klasse: _____

Datum: _____



Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation

Auswertung

- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|----------------------------|-------|
| 1. | Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 2. | Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 3. | Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 4. | Wurde Ihr Kind zu früh geboren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 5. | Gab es einen Notkaiserschnitt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 6. | Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 7. | War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 8. | Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 9. | War die Geburt eine Beckenendlage? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 10. | Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 11. | Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 12. | Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf : Geräusch | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 13. | : Licht / Helligkeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |
| 14. | : Berührung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ |

15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich? ja nein _____
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst? ja nein _____
17. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat? ja nein _____
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.) ja nein _____
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen? ja nein _____
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen? ja nein _____
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft? ja nein _____
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen? ja nein _____
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf? ja nein _____
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben? ja nein _____
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände? ja nein _____
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich? ja nein _____
27. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen? ja nein _____
28. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein? ja nein _____
29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an? ja nein _____
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände? ja nein _____
31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)? ja nein _____
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? ja nein _____
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben? ja nein _____
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam? ja nein _____
35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft „was“? ja nein _____
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend? ja nein _____
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren? ja nein _____

38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift? ja nein _____
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren? ja nein _____
40. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden? ja nein _____
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)? ja nein _____
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich? ja nein _____
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen? ja nein _____
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus? ja nein _____
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend? ja nein _____
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten? ja nein _____
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis) ja nein _____
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang? ja nein _____
49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt? ja nein _____
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung? ja nein _____
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas? ja nein _____
52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel? ja nein _____
53. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen? ja nein _____
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen? ja nein _____
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine? ja nein _____
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen? ja nein _____
57. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen? ja nein _____
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)? ja nein _____
59. Hat Ihr Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)? ja nein _____
60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen? ja nein _____
61. Lernt Ihr Kind schlecht? ja nein _____

62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab? ja nein _____
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen? ja nein _____
64. Liebt Ihr Kind Routine? ja nein _____
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? ja nein _____
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten? ja nein _____
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt? ja nein _____
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht? ja nein _____
69. Ist Ihr Kind oft weinerlich? ja nein _____
70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren? ja nein _____
71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre? ja nein _____
72. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen? ja nein _____
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss? ja nein _____
74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht? ja nein _____

Notizen:
