



Fragebogen zur Geburt und Entwicklung des Kindes

Name:

Alter:

Datum:

Geburt	1. War die Geburt eine Beckenendlage?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3. Gab es einen Not-/ Wunschkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	4. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang? (z.B. Sturzgeburt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	5. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allgemeines	6. Ist eine Gluten- bzw. Kaseinunverträglichkeit bei ihrem Kind bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	7. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf : <input type="checkbox"/> Geräusche? <input type="checkbox"/> Licht / Helligkeit? <input type="checkbox"/> Berührung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	9. Ist Ihr Kind oft weinerlich und/ oder überdurchschnittlich ängstlich? (z.B. Trennungsangst)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	10. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	11. Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	12. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	13. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	14. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren und leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Laufen	15. Lag ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> ja
16. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18. Mag ihr Kind nicht gern Laufen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. Lläuft es mehr auf der Außen- o. Innenseite der Füße (Sohlenabnutzung)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
TLR	22. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	23. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend und/oder ist langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	24. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	25. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	26. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	27. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	28. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

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



Sprechen & Schreiben	29. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	30. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	31. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	32. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	33. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	34. Macht das Binden v. Schuhbändern o. Zuknöpfen v. Kleidung Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
STNR	35. Fällt es Ihrem Kind schwer, eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	36. Hält Ihr Kind den Stift verkrampt oder drückt sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	37. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	38. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)/ kann nicht still sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	39. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	40. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	41. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	42. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	43. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	44. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ATNR	45. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem heim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	46. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	47. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	48. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	49. Kommt es nach dem Lesen zu Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	50. Kommt es beim Lesen zu Augenjucken oder Augenreizungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	51. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spinaler Galant	52. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	53. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	54. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	55. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	56. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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