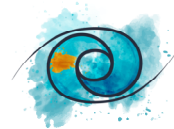


Name:

Julia van Treek



Alter:

Datum:

C O A C H I N G

Fragebogen zur Geburt und Entwicklung Ihres Kindes

Geburt	1. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	2. War die Geburt termingerecht? Wenn Nein: <input type="checkbox"/> früher oder <input type="checkbox"/> später	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	3. War die Geburt eine Beckenendlage?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	4. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	5. Gab es einen Not-/ Wunschkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	6. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz (<8h) oder zu lang (>13h)? (z.B. Sturzgeburt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	7. Gab es <input type="checkbox"/> wehenfördernde oder <input type="checkbox"/> wehenhemmende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	8. Wurd Ihr Kind nach der Entbindung von Ihnen getrennt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	9. Gab es nach der Geburt andere Komplikationen (z.B. Inkubator)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allgemeines	10. Ist eine Gluten- bzw. Kaseinunverträglichkeit bei ihrem Kind bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	11. Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf : <input type="checkbox"/> Geräusche? <input type="checkbox"/> Licht / Helligkeit? <input type="checkbox"/> Berührung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	12. Ist Ihr Kind oft weinerlich/ überdurchschnittlich ängstlich (z.B. Trennungsangst)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	13. Hat Ihr Kind häufig große Pupillen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	14. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	15. Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	16. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	17. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	18. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren und leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Laufen	19. Lag ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	20. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	21. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	22. Mag ihr Kind nicht gern Laufen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	23. Lläuft es mehr auf der Außen- o. Innenseite der Füße (Sohlenabnutzung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	24. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	25. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Spinaler Galant	26. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	27. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	28. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	29. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	30. Neigt es zur Schwatthaftigkeit, bzw. redet es übergebühlich viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
TLR	31. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	32. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend und/oder ist langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	33. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	34. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	35. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	36. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	37. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Name:

Julia van Treek



Alter:

Datum:

C O A C H I N G

Sprechen & Schreiben

38. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
39. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
40. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
41. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
44. Macht das Binden v. Schuhbändern o. Zuknöpfen v. Kleidung Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
45. Fällt es Ihrem Kind schwer, eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
46. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft oder drückt sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

STNR

47. Räkelt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten-Beine nach vorne) oder/und kann nicht still sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
48. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
49. Hat Ihr Kind auffallend früh (<12 Monate) oder spät (>18 Monate) laufen gelernt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
50. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem/ beiden Füßen oder schlingt es beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
51. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
52. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
53. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
54. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibrschrift)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
55. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
56. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
57. Kann Ihr Kind besser unter Wasser schwimmen (Tauchen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch? (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

ATNR

59. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
60. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
61. Hatte Ihr Kind in den ersten beiden Schuljahren Probleme beim Lesenlernen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
62. Kommt es beim oder nach dem Lesen zu Kopfschmerzen/ zu Augenjucken / Augenreizungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
63. Hat Ihr Kind Probleme beim Sehen? <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Schielen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
64. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein