

Fragebogen frühkindliche Reflexe

Name, Vorname Kind:

Geburtsdatum:

Name, Vorname Mutter/Vater:

Adresse:

Tel./Mobil:

E-Mail:

Fragebogen ausgefüllt am:

Bitte ankreuzen:

1. Gab es bei der Mutter während der Schwangerschaft gesundheitliche und persönliche Probleme?	ja	nein
2. Musste die Mutter während der Schwangerschaft liegen?	ja	nein
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals)?	ja	nein
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	ja	nein
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	ja	nein
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	ja	nein
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?	ja	nein
8. Gab es Wehen fördernde oder Wehen hemmende Maßnahmen?	ja	nein
9. War die Geburt eine Beckenlage?	ja	nein
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf den Rücken?	ja	nein
11. Steht Ihr Kind oft mit innen gedrehten Füßen da?	ja	nein
12. Reagiert Ihr Kind empfindlich auf: Geräusche?	ja	nein
13. Licht?	ja	nein
14. Berührung?	ja	nein
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	ja	nein
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	ja	nein
17. Schneidet Ihr Kind bei Diktaten schlecht ab?	ja	nein
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauschmerzen, Übelkeit, usw.)	ja	nein
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	ja	nein
20. Fällt es Ihrem Kind schwer, eine Faust zu machen?	ja	nein
21. Hält Ihr Kind den Stift oft verkrampft?	ja	nein
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen oft 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 oder ermüdet es schnell beim Schreiben?	ja	nein
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, dann den Oberkörper und Kopf hebt, 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 das Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorn)?	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 Ihr Kind das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	ja	nein
37. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit z.B. schlecht werden beim Autofahren?	ja	nein
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben, wie z.B. und/oder schreibt es in Spiegelschrift?	ja	nein
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	ja	nein
40. Hat Ihr gutes mündliches Wissen, kann dieses aber schlecht aufs Papier bringen?	ja	nein
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	ja	nein
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90-Grad Winkel vor sich?	ja	nein
43. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	ja	nein
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Wörter oder Buchstaben aus?	ja	nein
45. Ist Ihr Kind reizbar oder schnell wütend?	ja	nein
46. Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Linie zu einzuhalten	ja	nein
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten (zu langsam/fehlendes Leseverständnis)?	ja	nein
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	ja	nein
49. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	ja	nein
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	ja	nein
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert?	ja	nein
52. Neigt Ihr Kind zu Schwatzhaftigkeit bzw. redet es übergebührlich viel?	ja	nein
53. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	ja	nein
54. Sitzt Ihr Kind gern auf einem oder beiden Füßen?	ja	nein
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben die 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 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 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 Zahnfehlstellungen zu erkennen/Gotischer Gaumen?	ja	nein
73. Hat Ihr Kind einen übermäßigen Speichelfluss?	ja	nein
74. Hat Ihr Kind lange am Daumen gelutscht?	ja	nein
75. Ist Ihr Kind oftmals sehr müde, antriebslos und schwach?	ja	nein

Bitte füllen Sie den Fragebogen so gut wie möglich aus. Mehr als 7 Antworten mit „Ja“ weisen darauf hin, dass bei Ihrem Kind noch frühkindliche Reflexe aktiv sein können. Diese können für Lern- und Verhaltensprobleme verantwortlich sein.

Ergänzende Fragen:

Besteht bei Ihrem Kind eine der folgenden Beeinträchtigungen?					
KISS Syndrom	Ja	nein	Schwindelmigräne:	ja	nein
Epilepsie	Ja	nein	Drogen-Alkoholabhängigkeit:	ja	nein
Trisomie 21	Ja	nein	Gluten- Kaseinverträglichkeit	ja	nein
Befindet oder befand sich Ihr Kind in einer der folgenden Behandlungen?					
Ergotherapie	ja	nein	Läuft noch bis:		
Physiotherapie	ja	nein	Läuft noch bis:		
Psychotherapie	ja	nein	Läuft noch bis:		
Logopädie	ja	nein	Läuft noch bis:		
Andere	ja	nein			
Wird Ihr Kind medikamentös behandelt?					
Medikament	ja	nein	Seit wann?		
Hat Ihr Kind Geschwister? Leben die Geschwister im selben Haushalt?					
	ja	nein	Name (n) und Geburtsdatum		
Welchen Beruf/welche Tätigkeit üben Sie als Eltern derzeit aus?					
Mutter:			Vater:		