

Fragebogen Frühkindliche Reflexe

Vorname, Name Kind:

Geburtsdatum Kind:

Name, Vorname Mutter:

Name, Vorname Vater:

Handynummer:

E-Mail Adresse

Fragebogen ausgefüllt am:



Rainstraße 10 74864 Fahrenbach-Trienzen | Telefon: 0 62 67 / 16 50 www.dein-system.com

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation	JA	NEIN
1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?		
2. Musste die Mutter während der Schwangerschaft lange liegen?		
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?		
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?		
5. Kam Ihr Kind durch einen Kaiserschnitt zur Welt? Not-Kaiserschnitt oder Wunsch-Kaiserschnitt?		
6. Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert oder gehemmt?		
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?		
8. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?		

	JA	NEIN
9. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?		
10. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf: Geräusche, Licht/ Helligkeit/ Berührung		
11. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?		
12. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?		
13. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?		
14. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?		
15. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?		
16. Fällt es Ihrem Kind schwer, eine feste Faust zu machen?		
17. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?		
18. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?		
19. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?		
20. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?		
21. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?		
22. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?		
23. Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen?		
24. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?		
25. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?		
26. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?		

	JA	NEIN
27. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)? "Lümmelt" es auf dem Stuhl?		
28. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?		
29. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?		
30. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?		
31. Fragt ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?		
32. Findet Ihr Kind das Abschreiben von der Tafel anstrengend?		
33. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?		
34. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?		
35. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?		
36. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sein Wissen aufs Papier zu bringen? Mündliche Leistungen sind besser als schriftliche?		
37. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift/ bei Schwungübungen)?		
38. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel oder schief vor sich hin?		
39. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?		
40. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?		
41. Ist Ihr Kind impulsiv, leicht reizbar und wird schnell wütend?		
42. Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Linie einzuhalten?		
43. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam/ fehlendes Leseverständnis)		
44. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?		

	JA	NEIN
45. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?		
46. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?		
47. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?		
48. Neigt Ihr Kind zu Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebühlich viel?		
49. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?		
50. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?		
51. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?		
52. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?		
53. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?		
54. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?		
55. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?		
56. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?		
57. Lernt Ihr Kind schlecht?		
58. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?		
59. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?		
60. Liebt Ihr Kind Routine? - Sträubt es sich gegen Veränderungen?		
61. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?		
62. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?		

	JA	NEIN
63. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?		
64. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?		
65. Ist Ihr Kind oft weinerlich?		
66. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?		
67. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange?		
68. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen /Gotischer Gaumen?		
69. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?		
70. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?		

Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes.

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll, durch die RIT Trainerin testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind.

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

Ergänzende Fragen:



Kinder- und Jugendcoaching IPE®
Systemische Beratung
Oasenzeiten

Rainstraße 10 74864 Fahrenbach-Trienzen | Telefon: 0 62 67 / 16 50 www.dein-system.com

Besteht bei Ihrem Kind eine der folgenden Beeinträchtigungen?	JA	NEIN
Epilepsie		
Trisomie 21		
Kiss-Syndrom (Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störung)		
Schwindelmigräne		
Diagnose ADHS/ ADS/ LRS/ Dyskalkulie (Zustimmung Arzt erforderlich)		
Methylphenidatgabe		
Schwermetallbelastung		
Gluten- oder Kaseinunverträglichkeit (Milcheiweiß)		
Hoher KPU Wert (Stoffwechselstörung)		
Befindet oder befand sich Ihr Kind in einer der folgenden Behandlungen?		
Ergotherapie		
Physiotherapie		
Psychotherapie		
Logopädie		
Andere		



Kinder- und Jugendcoaching IPE®
Systemische Beratung
Oasenzeiten

Rainstraße 10 74864 Fahrenbach-Trienzi | Telefon: 0 62 67 / 16 50 www.dein-system.com

Wird Ihr Kind medikamentös behandelt? (Welche Medikamente nimmt es ein?)

Hat Ihr Kind Geschwister?

Namen, Geburtsdatum:

Leben die Geschwister im gleichen Haushalt?

Welchen Beruf/ welche Tätigkeit üben Sie als Eltern derzeit aus?

Mutter:

Vater: