



Eltern/Anschrift: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/Kind \_\_\_\_\_  
Name des Kindes \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation		
01. Hattest du während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
02. Musstest du während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
03. Sind bei der Geburt Komplikationen aufgetreten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
04. Ist dein Kind durch Kaiserschnitt zur Welt gekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
05. Wurde dein Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
06. Wurdet ihr gleich nach der Geburt voneinander getrennt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
08. Lag dein Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
09. Steht dein Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10. Reagiert dein Kind empfindlich auf: Geräusche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Licht / Helligkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12. Berührung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Ist dein Kind sehr ängstlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14. Leidet dein Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15. Ist dein Kind eher schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16. Hat dein Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. Leidet dein Kind unter Nackenverspannungen oder Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18. Fällt es deinem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. Hält dein Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20. Macht dein Kind beim Malen/Schreiben Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21. Drückt dein Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23. Wenn sich dein Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24. Spricht dein Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
25. Neigt dein Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26. Rollt dein Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

27. Zieht dein Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
28. Stützt dein Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
29. Räkelt und streckt sich dein Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten – Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30. Hat es Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
31. Fällt es deinem Kind schwer von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
32. Arbeitet er/sie eher langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
33. Fragt dein Kind oft nach, oder sagt „was“?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
35. Klagt er/sie über Reiseübelkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
36. Verdreht dein Kind Buchstaben wie zum Beispiel „b“ und „d“ oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
37. Kann sich dein Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
38. Hat es gutes mündliches Wissen kann es aber nicht aufs Papier bringen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
39. Hat dein Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
40. Dreht es beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
41. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42. Lässt dein Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43. Ist sie/er leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
44. Fällt es deinem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
45. Hat dein Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
46. Hat dein Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
47. War dein Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
48. Mag dein Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
49. Wirkt dein Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
50. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
51. Hat dein Kind das Krabbeln ausgelassen oder ist nur sehr kurz gekrabbelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
52. Sitzt es gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
53. Schlingt dein Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
54. Hat dein Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
55. Hat dein Kind Probleme beim Brustschwimmen, oder vermeidet es?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
56. Schaut es oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
57. Hat es oft einen hochnäsigen Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

58. Hat dein Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
59. Lernt dein Kind eher schlecht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
61. Ermüdet dein Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
62. Liebt dein Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
63. Ist dein Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
64. Leidet dein Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
65. Flüchtet sich dein Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
66. Steht sich dein Kind häufig selbst im Weg?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
67. Ist dein Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
68. Kann sich dein Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
69. Trägt oder trug es eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
70. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
71. Hat dein Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
72. Hat dein Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Auffälligkeiten:		

Besteht bei deinem Kind eine Weizenunverträglichkeit/Glutenunverträglichkeit?

Gibt es eine KPU/HPU Problem?

**Evtl. ist es sinnvoll, den Fragebogen mit dem Lehrer zu besprechen.**

**Wurden mehr als 5 Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist dies ein Hinweis, dass Ur-Reflexe noch aktiv sein könnten. Diese führen zu Lern- und Verhaltensauffälligkeiten und machen deinem Kind das Leben unnötig schwer.**