

# ELTERN-FRAGEBOGEN

ZUR SCHWANGERSCHAFT, GEBURT, ENTWICKLUNG DES KINDES UND ZUR AKTUELLEN SITUATION

BEI MEHR ALS 7 JA-ANTWORTEN IST ES SINNVOLL, IHR KIND DURCH EINE/N REFLEXINTEGRATIONS-TRAINER/IN AUF NOCH AKTIVE FRÜHKINDLICHE REFLEXE TESTEN ZU LASSEN. DIESE KÖNNEN FÜR LERN- UND/ODER VERHALTENSPROBLEME IHRES KINDES (MIT-)VERANTWORTLICH SEIN.

**NAME DES KINDES:** \_\_\_\_\_

**ALTER:** \_\_\_\_\_

1. Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose wie LRS, ADS/ADHS oder Dyspraxie gestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Gibt es eine familiäre Vorbelastung mit Lernproblemen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Gab es medizinische Probleme in der Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Gab es emotionalen Stress in der Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Gab es eine Hormonbehandlung oder In-Vitro-Fertilisation?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Wurde Ihr Kind +/- 2 Wochen <i>vor</i> dem errechneten Termin geboren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Wurde Ihr Kind +/- 2 Wochen <i>nach</i> dem errechneten Termin geboren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Gab es Komplikationen im Geburtsverlauf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Gab es einen Kaiserschnitt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Gab es Auffälligkeiten wie Schädelverformungen, Nabelschnurverwicklung, blaue Flecken, starke Käseschmiere?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Stillen oder Trinken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13. Hat Ihr Kind viel gespuckt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14. Dauerte es über 4 Monate, bis es seinen Kopf hochhalten konnte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15. War Ihr Baby sehr aktiv und fordernd?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
16. Schief es wenig und schrie es oft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
17. Gibt es eine Geschichte mit Kopfverletzungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
18. Hat sich Ihr Kind nur schwer / mit Unterstützung auf den Bauch gedreht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
19. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
20. Hatte es eine Alternativform zum Krabbeln entwickelt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
21. Hat Ihr Kind besonders früh (vor 12 Monaten) oder sehr spät (nach 15 Monaten) laufen gelernt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
22. Hat Ihr Kind Probleme in der Sprachentwicklung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
23. Gab es in den ersten 18 Lebensmonaten Krankheiten, die mit hohem Fieber verbunden waren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
24. Leidet Ihr Kind unter Hautproblemen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
25. Hat Ihr Kind Asthma?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
26. Lutschte Ihr Kind sehr lange am Daumen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
27. Nässte Ihr Kind lange ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
28. Ist Ihr Kind sehr ängstlich und schreckhaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
29. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
30. Hat Ihr Kind Höhenangst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
31. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, das Lesen zu lernen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
32. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
33. Hatte es Probleme, die Uhrzeit (analog) zu erlernen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
34. Hatte es Schwierigkeiten, Brustschwimmen zu lernen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
35. Tauchte es lieber (Kopf-unter-Schwimmen) als den Kopf oben zu halten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
36. Hatte Ihr Kind öfter Infektionen im HNO-Bereich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
37. Hat oder hatte Ihr Kind Probleme beim Ball fangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

38. Hat Ihr Kind Probleme, still zu sitzen und wird oft ermahnt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
39. Macht es häufig Fehler beim Abschreiben von der Tafel oder vom Buch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
40. Verdreht es manchmal Buchstaben oder lässt Buchstaben aus?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
41. Verdreht es manchmal Zahlen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
42. Schreibt Ihr Kind manchmal in Spiegelschrift?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
43. Reagiert es empfindlich auf Geräusche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
44. Reagiert es empfindlich auf Licht / Helligkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
45. Reagiert es empfindlich auf unerwartete Bewegungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
46. Möchte Ihr Kind nur bevorzugte Konsistenzen essen (flüssig, stückig etc.) oder gibt es Auffälligkeiten bei der Nahrungsauswahl?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
47. Braucht Ihr Kind sehr lange für seine Hausaufgaben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
48. Hat es grundsätzlich Probleme, seine Hausaufgaben selbständig zu erledigen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
49. Trödelt Ihr Kind oft und ist ein „Träumerle“?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
50. Geht Ihr Kind oft auf Zehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
51. Steht Ihr Kind sich mit seinem Verhalten oft selbst im Weg?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
52. Hat Ihr Kind eine verkrampte Stifthaltung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
53. Hat Ihr Kind Probleme beim Ausschneiden oder mag keine kleinteiligen Arbeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
54. Hängt die Zungenspitze aus dem Mund, wenn Ihr Kind sich anstrengt oder konzentriert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
55. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen und/oder hat Zahnfehlstellungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
56. Saß / sitzt Ihr Kind oft in W-Haltung oder schlingt die Beine um die Stuhlbeine?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
57. Sitzt Ihr Kind gerne mit unterschlagenen Beinen da?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
58. Hängt Ihr Kind eher über dem Schreibtisch als dass es gerade sitzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
59. Stützt Ihr Kind den Kopf oft in die Hände auf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
60. Ermüdet es oft beim Lesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
61. Schreibt es ungern, ist mündlich jedoch super?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
62. Leidet Ihr Kind unter Schulangst oder hat Bauchweh vor neuen Situationen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
63. Lläuft Ihr Kind seine Schuhe ungleichmäßig ab?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
64. Mag Ihr Kind einen geplanten Tagesablauf und Struktur?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
65. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lang oder kurz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
66. Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert bzw. gehemmt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
67. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
68. Leidet es unter überdurchschnittlicher Trennungsangst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
69. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
70. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
71. Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
72. Legt Ihr Kind das Papier / Heft schief vor sich, wenn es schreibt / malt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
73. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei Schwungübungen / Schreibschrift?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
74. Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
75. Ist Ihr Kind eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
76. Llässt sich Ihr Kind leicht ablenken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
77. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
78. Hat Ihr Kind verhältnismäßig lange den Schnuller genommen oder an etwas (Daumen, Tuch, Bettdecke o. ä.) gelutscht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
79. Drückt Ihr Kind beim Schreiben den Stift sehr stark auf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
80. Stört Ihr Kind enge Kleidung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**GGF. ZUSÄTZLICHE ANMERKUNGEN:** \_\_\_\_\_