



Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kindergarten/Schule/Klasse \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zur aktuellen Situation**

Einfach ausfüllen und an mich schicken!

1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme? Ja  Nein
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen? Ja  Nein
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)? 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 zu lang? Ja  Nein
8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen? Ja  Nein
9. War die Geburt eine Beckenendlage? Ja  Nein
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken? Ja  Nein
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da? Ja  Nein
12. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Geräusche? Ja  Nein
13. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Licht / Helligkeit? Ja  Nein
14. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Berührung? Ja  Nein
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich? Ja  Nein
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst? Ja  Nein
17. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat? Ja  Nein
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.) Ja  Nein
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen? Ja  Nein
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen? Ja  Nein

21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft? Ja  Nein
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen 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, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben? Ja  Nein
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, 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 Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)? 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 es das Abschreiben von der Tafel anstrengend? Ja  Nein
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren? Ja  Nein
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift? Ja  Nein
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren? Ja  Nein
40. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden? Ja  Nein
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift )? Ja  Nein
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich? Ja  Nein
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen? Ja  Nein
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus? Ja  Nein
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend? Ja  Nein
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten? Ja  Nein
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis) Ja  Nein

48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang? Ja  Nein
49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt? Ja  Nein
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung? Ja  Nein
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas? Ja  Nein
52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel? Ja  Nein
53. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen? Ja  Nein
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen? Ja  Nein
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine 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 Kind 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 sich 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 Zahnspange? Ja  Nein
72. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen? Ja  Nein
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss? Ja  Nein
74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht? Ja  Nein