



## Fragebogen Frühkindliche Reflexe

Name, Vorname Kind:

Name, Vorname Mutter/Vater:

Geburtsdatum Kind:

Adresse:

Telefonnummer:

Fragebogen ausgefüllt am:

E-Mail:

Bitte ankreuzen:

1. Gab es bei der Mutter während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	ja	nein
2. Musste die Mutter während der Schwangerschaft lange 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 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. Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf: Geräusche?	ja	nein
13. Licht/Helligkeit?	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 (Bauchschmerzen, 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 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 oder ermüdet es schnell beim Schreiben?	ja	nein
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, dann 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

Seite 1 von 3



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 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. b und d oder schreibt es in Spiegelschrift?	ja	nein
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	ja	nein
40. Hat Ihr Kind 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° Winkel vor sich?	ja	nein
43. Hat Ihr Kind 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 oder 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. 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 und vergisst oft etwas?	ja	nein
52. Neigt Ihr Kind zur 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 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 gern 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 übermäßig starken 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 Ja-Antworten weisen darauf hin, dass bei Ihrem Kind noch frühkindliche Reflexe aktiv sind. Diese können für Lern- und Verhaltensprobleme verantwortlich sein. Ich freue mich auf Ihre Terminanfrage.

**Ergänzende Fragen:**

Besteht bei Ihrem Kind eine der folgenden Beeinträchtigungen?

Kiss-Syndrom	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Schwindelmigräne	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Drogen- oder Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Gluten- oder Kaseinunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Befindet oder befand sich Ihr Kind in einer der folgenden Behandlungen:

Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>	Logopädie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>	Andere:	.....			
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>			

Wird Ihr Kind medikamentös behandelt?  Ja  Nein

Medikament: ..... Seit wann? .....

Hat Ihr Kind Geschwister?  Nein  Ja

Name(n) und Geburtsdatum: .....

Leben die Geschwister im selben Haushalt?  Ja  Nein

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

Mutter: ..... Vater: .....

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen zurück – gern per Email.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern