

## 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? Wie lange?	ja	nein
5. Kam Ihr Kind durch einen Kaiserschnitt zur Welt? Not-Kaiserschnitt oder Wunschkaiserschnitt?	ja	nein
6. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?	ja	nein
7. Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert oder gehemmt?	ja	nein
8. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	ja	nein
9. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	ja	nein
10. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	ja	nein
11. Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf: Geräusche, Licht/Helligkeit, Berührung?	ja	nein
12. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	ja	nein
13. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	ja	nein
14. Hat Ihr Kind schnell Angst?	ja	nein
15. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	ja	nein
16. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule u. zeigt sogar körperliche Symptome (z.B. Bauchschmerzen, Übelkeit)?	ja	nein
17. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	ja	nein
18. Liebt Ihr Kind Routine? Sträubt es sich gegen Veränderungen?	ja	nein
19. Flüchtet sich Ihr Kind gern in eine „Fantasiewelt“?	ja	nein
20. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht?	ja	nein
21. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	ja	nein
22. Neigt Ihr Kind zur Schwatzhaftigkeit bzw. redet es übergebührlich viel?	ja	nein
23. Spielt Ihr Kind lieber allein, als mit anderen Kindern?	ja	nein
24. Hat Ihr Kind ein niedriges Selbstwertgefühl / Selbstvertrauen?	ja	nein
25. Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	ja	nein
26. Provoziert Ihr Kind gern?	ja	nein
27. Hat Ihr Kind Probleme mit Autoritäten?	ja	nein

Seite 1 von 4



28. Hat Ihr Kind generell Schwierigkeiten mit der Feinmotorik?	ja	Nein
29. Ist Ihr Kind eher ungeschickt und schusselig?	ja	nein
30. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	ja	nein
31. Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken?	ja	nein
32. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	ja	nein
33. Fällt es Ihrem Kind schwer, eine Faust zu machen?	ja	nein
34. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	ja	nein
35. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	ja	nein
36. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mund-/Zungenbewegungen oder beißt es die Zähne fest zusammen?	ja	nein
37. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben oder ermüdet es schnell beim Schreiben?	ja	nein
38. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Schreibrschrift / bei Schwungübungen?	ja	nein
39. Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Linie einzuhalten?	ja	nein
40. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, richtig von Tafel oder Buch abzuschreiben?	ja	nein
41. Findet Ihr Kind das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	ja	nein
42. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	ja	nein
43. Vertauscht Ihr Kind Buchstaben, wie z.B. b und d oder schreibt es in Spiegelschrift?	ja	nein
44. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sein Wissen aufs Papier zu bringen? Mündliche Leistungen sind besser als schriftliche?	ja	nein
45. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt/Heft schief vor sich hin?	ja	nein
46. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten (zu langsam/fehlendes Leseverständnis)?	ja	nein
47. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	ja	nein
48. Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Lesen nach dem Aufblicken, die richtige Zeile wieder zu finden?	ja	nein
49. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	ja	nein
50. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, grammatikalisch richtige Sätze zu bilden?	ja	nein
51. Fragt Ihr Kind oft nach oder sagt oft „was“?	ja	nein
52. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, logische Reihen oder Muster zu erkennen?	ja	nein
53. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Rechnen?	ja	nein
54. Hat Ihr Kind einen schlechten Orientierungssinn?	ja	nein
55. Wirkt Ihr Kind generell eher unorganisiert oder vergesslich?	ja	nein
56. Hat Ihr Kind ein schlechtes Zeitgefühl?	ja	nein
57. Ist es für Ihr Kind anstrengend, zu stehen? Setzt es sich bei jeder Gelegenheit oder lehnt sich an?	ja	nein
58. Hat Ihr Kind eher eine schlaaffe Körperhaltung / einen schwachen Muskeltonus?	ja	nein
59. Bewegt sich Ihr Kind eher steif?	ja	nein



60. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	ja	nein
61. Hat Ihr Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	ja	nein
62. Sind Überkreuzbewegungen für Ihr Kind schwierig?	ja	nein
63. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	ja	nein
64. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Hüpfen und Springen?	ja	nein
65. Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen?	ja	nein
66. Hat Ihr Kind Probleme, das Schwimmen zu lernen, vor allem Brustschwimmen?	ja	nein
67. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	ja	nein
68. Lläuft Ihr Kind eher auf den Innen- oder Außenkanten der FüÙe?	ja	nein
69. Lläuft Ihr Kind eher plattfüÙig und langsam?	ja	nein
70. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten FüÙen da?	ja	nein
71. Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen?	ja	nein
72. Rolllt Ihr Kind die Zehen häufig ein?	ja	nein
73. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	ja	nein
74. Hat Ihr Kind an den großen Zehen häufig Löcher in den Socken oder Beulen in den Schuhen?	ja	nein
75. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	ja	nein
76. Neigt Ihr Kind eher zum „Lümmeln“ beim Sitzen? Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten – Beine nach vorn)?	ja	nein
77. Sitzt Ihr Kind gern auf einem oder auf beiden FüÙen?	ja	nein
78. Schlingt Ihr Kind beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine?	ja	nein
79. Fällt es Ihrem Kind schwer, still zu sitzen?	ja	nein
80. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, dann den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	ja	nein
81. Spricht Ihr Kind undeutlich?	ja	nein
82. Hat Ihr Kind generell eher einen offenen Mund – auch beim Essen?	ja	nein
83. Kaut oder leckt Ihr Kind ständig an Gegenständen?	ja	nein
84. Neigt Ihr Kind nachts zum Zähneknirschen?	ja	nein
85. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange?	ja	nein
86. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Gotischer Gaumen?	ja	nein
87. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	ja	nein
88. Hat Ihr Kind lange am Daumen gelutscht / lange den Schnuller genommen?	ja	nein
89. Hat Ihr Kind Asthma, Allergien oder ist häufig erkältet?	ja	nein
90. Ist Ihr Kind oftmals sehr müde, antriebslos und schwach?	ja	nein



## 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?	<input type="checkbox"/> Ja	Medikament: .....	Seit wann? .....
	<input type="checkbox"/> Nein		

Hat Ihr Kind Geschwister?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name(n) und Geburtsdatum:	.....	
Leben die Geschwister im selben Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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