



Elternfragebogen zur aktuellen Situation des Kindes

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Name des Kindes: | Geb.-Datum: |
| Kindergarten/Schule/Klasse: | Datum: |

| Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Gab es einen Notkaiserschnitt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Gab es wehenfördernde oder Wehen hemmende Maßnahmen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9. War die Geburt eine Beckenendlage? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Reagiert Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf: Geräusche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 13. Licht / Helligkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 14. Berührung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 17. Hat Ihr Kind hohe Fehlerzahlen im Diktat? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |



| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 25. Wenn sich Ihr 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 |
| 26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 27. Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 28. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 35. Fragt Ihr Kind oft nach oder fragt oft "was"? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 40. Hat es gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 46. Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Lineatur einzuhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es auffallend viel? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |



| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 53. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 56. Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 57. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 59. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 61. Fällt Ihrem Kind das Lernen schwer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 64. Liebt Ihr Kind Routine? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 69. Ist Ihr Kind oft weinerlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 72. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Gotischer Gaumen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| | | |
| | | |
| Besprechen Sie den Fragebogen bitte auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes! | | |
| Bei mehr als 7 Ja-Anworten ist es sinnvoll, durch die RIT-Trainerin/RIT-Trainer testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind. Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein. | | |