



Name des Kindes:


Geburtsdatum:

**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
12. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf: Geräusche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14. Licht / Helligkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15. Berührung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18. ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

21. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
25. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26. 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
27. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
28. Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
29. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
31. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
32. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
33. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
34. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
35. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
36. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
37. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
38. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
39. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
40. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
41. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift )?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

44. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
45. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
46. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
47. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
48. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
49. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
50. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
51.. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
52. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
53. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebühlich viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
54. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
55. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
56. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
57. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
58. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
59. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
60. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
61. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
62. Lernt Ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
63. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
64. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
65. Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
66. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

67. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
68. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
69. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Welt, "bewegt" sich nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
70. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
71. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
72. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
73. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Götischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
74. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
75. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Besprechen Sie den Fragebogen gerne auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes.</b>		
<b>Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll durch die RIT-Trainerin testen zu</b>		
<b>lassen ob noch Reflexe aktiv sind. Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme</b>		
<b>Ihres Kindes verantwortlich sein.</b>		
	<a href="http://www.rit-reflexintegration.de">www.rit-reflexintegration.de</a>	
 <p><b>Sandra Nachtweh</b> Heilpraktikerin für Psychotherapie</p>		
<p>Thilingstraße 6, 38642 Goslar      Tel. 05321- 82889    Mail: <a href="mailto:info@sandra-nachtweh.de">info@sandra-nachtweh.de</a></p>		