

Name:

Geburtsdatum:

| Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation | ja | nein | früher bis ca. |
|--|-----------------------------|-------------------------------|----------------|
| 01. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 02. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 03. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 04. Wurde Ihr Kind zu früh geboren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 05. Gab es einen Notkaiserschnitt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 06. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 07. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 08. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 09. 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. Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| - Geräusche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| - Licht / Helligkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| - Berührung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 13. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 14. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 15. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 16. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 17. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 18. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 19. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 20. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 21. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 22. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 23. 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 | |
| 24. Spricht Ihr Kind eher undeutlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 25. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 26. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 27. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 28. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 29. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 30. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 31. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 32. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 33. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 34. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 35. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 36. Verdreht Ihr Kind Buchstaben z.B. b und d oder schreibt in Spiegelschrift? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Name:

Geburtsdatum:

| Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation | ja | nein | früher bis ca. |
|---|-----------------------------|-------------------------------|----------------|
| 37. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 38. Kann gutes mündliches Wissen nicht aufs Papier bringen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 39. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 40. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 41. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 42. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 43. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 44. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 45. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 46. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 47. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 48. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 49. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 50. Neigt Ihr Kind zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 51. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 52. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 53. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 54. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 55. Hat Ihr Kind Probleme Schwimmen zu lernen, vor allem beim Brustschwimmen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 56. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 57. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 58. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 59. Lernt Ihr Kind schlecht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 60. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 61. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 62. Liebt Ihr Kind Routine? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 63. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 64. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 65. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 66. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Wege, "bewegt" sich nicht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 67. Ist Ihr Kind oft weinerlich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 68. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 69. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 70. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 71. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 72. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Weitere Anmerkungen / Auffälligkeiten / Fragen: | | | |