Reflexintegration – Fragebogen für Eltern Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fragen zu Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung & aktueller Situation | Ja  | Nein  |
| 1. Hattest du während der Schwangerschaft gesundheitliche Probleme? | ☐ | ☐ |
| 2. Hattest du während der Schwangerschaft persönliche Probleme? | ☐ | ☐ |
| 3. Musstest du in der Schwangerschaft lange liegen? | ☐ | ☐ |
| 4. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur) | ☐ | ☐ |
| 5. Wurde das Kind zu früh geboren? | ☐ | ☐ |
| 6. Wurde das Kind durch einen Kaiserschnitt geboren? | ☐ | ☐ |
| 7. Verlief die Geburt außergewöhnlich kurz oder lang? | ☐ | ☐ |
| 8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen? | ☐ | ☐ |
| 9. Lag das Kind in Beckenendlage? | ☐ | ☐ |
| 10. Lag dein Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken? | ☐ | ☐ |
| 11. Steht dein Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da? | ☐ | ☐ |
| 12. Ist dein Kind geräuschempfindlich? | ☐ | ☐ |
| 13. Ist dein Kind lichtempfindlich? | ☐ | ☐ |
| 14. Regiert dein Kind empfindlich auf Berührungen? | ☐ | ☐ |
| 15. Ist das Kind überdurchschnittlich ängstlich? | ☐ | ☐ |
| 16. Leidet dein Kind unter Trennungsangst? | ☐ | ☐ |
| 17. Macht dein Kind bei Diktaten viele Fehler? | ☐ | ☐ |
| 18. Hat dein Kind Angst vor der Schule? (Bauchweh, Übelkeit ...) | ☐ | ☐ |
| 19. Leidet dein Kind unter Nackenverspannungen? | ☐ | ☐ |
| 20. Fällt es deinem Kind schwer, eine Faust zu machen? | ☐ | ☐ |
| 21. Hält dein Kind den Stift verkrampft? | ☐ | ☐ |
| 22. Macht dein Kind beim Schreiben/Malen Mundbewegungen? | ☐ | ☐ |
| 23. Beißt dein Kind beim Malen/Schreiben die Zähne zusammen? | ☐ | ☐ |
| 24. Hat dein Kind wenig List auf Schreiben/ermüdet dabei schnell? | ☐ | ☐ |
| 25. Faustet dein Kind die Hände beim Unterarmstütz in Bauchlage? | ☐ | ☐ |
| 26. Spricht dein Kind undeutlich? | ☐ | ☐ |
| 27. Läuft dein Kind gerne mal auf Zehenspitzen? | ☐ | ☐ |
| 28. Rollt dein Kind die Zehen immer mal wieder ein? | ☐ | ☐ |
| 29. Zieht dein Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an? | ☐ | ☐ |
| 30. Stützt das Kind beim Sitzen den Kopf oft in die Hände? | ☐ | ☐ |
| 31. Räkelt dein Kind sich häufig beim Sitzen? | ☐ | ☐ |
| 32. Hat dein Kind Gleichgewichtsprobleme? | ☐ | ☐ |
| 33. Hat dein Kind Schwierigkeiten, von der Tafel abzuschreiben? | ☐ | ☐ |
| 34. Arbeitet dein Kind eher langsam? | ☐ | ☐ |
| 35. Fragt dein Kind oft nach? | ☐ | ☐ |
| 36. Wird deinem Kind beim Autofahren übel? | ☐ | ☐ |
| 37. Verdreht dein Kind Buchstaben, z.B. b und d? | ☐ | ☐ |
| 38. Kann dein Kind mündliches Wissen gut aufs Papier bringen? | ☐ | ☐ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fragen zu Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung & aktueller Situation | Ja  | Nein  |
| 39. Legt dein Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich? | ☐ | ☐ |
| 40. Hat dein Kind Schwierigkeiten in der Rechtschreibung oder Grammatik? | ☐ | ☐ |
| 41. Hat dein Kind Schwierigkeiten beim Rechnen? | ☐ | ☐ |
| 42. Lässt dein Kind beim Lesen oft Buchstaben aus? | ☐ | ☐ |
| 43. Hat dein Kind Schreibschwierigkeiten (z.B. bei der Schreibschrift) | ☐ | ☐ |
| 44. Fällt es dem Kind schwer, die Linienführung einzuhalten? | ☐ | ☐ |
| 45. Hat dein Kind Schwierigkeiten beim Lesen/Leseverständnis? | ☐ | ☐ |
| 46. Hat dein Kind einen schiefen Gang? | ☐ | ☐ |
| 47. War das Kind nach dem 5. Lebensjahr noch Bettnässer? | ☐ | ☐ |
| 48. Mag dein Kind keine enge Kleidung? | ☐ | ☐ |
| 49. Vergisst dein Kind häufig etwas oder wirkt es unorganisiert?? | ☐ | ☐ |
| 50. Ist dein Kind leicht reizbar oder wird es oft wütend? | ☐ | ☐ |
| 51. Redet dein Kind überdurchschnittlich viel? | ☐ | ☐ |
| 52. Hat dein Kind das Krabbeln ausgelassen? | ☐ | ☐ |
| 53. Sitz dein Kind gerne auf einem oder auf beiden Beinen? | ☐ | ☐ |
| 54. Schlingt das Kind beim Schreiben die Beine um die Stuhlbeine? | ☐ | ☐ |
| 55. Hat dein Kind Probleme, einen Ball zu fangen? | ☐ | ☐ |
| 56. Hat das Kind Probleme beim Schwimmen lernen? | ☐ | ☐ |
| 57. Hat dein Kind Schwierigkeiten, längere Zeit still zu sitzen? | ☐ | ☐ |
| 58. Lernt dein Kind eher ungern? | ☐ | ☐ |
| 59. Ermüdet dein Kind schnell beim Lesen? | ☐ | ☐ |
| 60. Liebt dein Kind Routine? | ☐ | ☐ |
| 61. Ist dein Kind leicht ablenkbar? | ☐ | ☐ |
| 62. Leidet dein Kind an Asthma, häufigen Infekten oder Allergien? | ☐ | ☐ |
| 63. Ist dein Kind oft weinerlich? | ☐ | ☐ |
| 64. Trägt/trug dein Kind eine Zahnspange? | ☐ | ☐ |
| 65. Hat dein Kind sehr lange Daumen gelutscht? | ☐ | ☐ |
| 66. Nimmt dein Kind regelmäßig Medikamente ein? | ☐ | ☐ |
| Falls ja, welche:  |  |  |
| 67. Gibt es ärztlich festgestellte Erkrankungen? | ☐ | ☐ |
| Falls ja, welche: |  |  |
| 68. Anmerkungen/Auffälligkeiten: |  |  |
| 69. Fragen: |  |  |