

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zur aktuellen Situation



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

Schwangerschaft und Geburt

1	Hatten Sie während der Schwangerschaft psychische Probleme oder Stress?	ja	nein
2	Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	ja	nein
3	Fanden Sie Ihre Schwangerschaft und/oder Geburt belastend?	ja	nein
4	Wurde Ihr Kind mit einem Kaiserschnitt zur Welt gebracht?	ja	nein
5	Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	ja	nein
6	Ist Ihr Kind mehr als 2 Wochen zu früh oder mehr als 10 Tage zu spät geboren?	ja	nein
7	Wurde Ihr Kind mit Zange oder Saugglocke zur Welt gebracht?	ja	nein

Gesundheit

8	Gab es Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme während der ersten Lebenswochen?	ja	nein
9	Hat Ihr Kind Allergien und/oder häufig HNO-Infekte?	ja	nein
10	Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?	ja	nein
11	Hat Ihr Kind eine Glutenintoleranz?	ja	nein
12	Klagt Ihr Kind gelegentlich über Nacken- und/oder Kopfschmerzen?	ja	nein
13	Leidet Ihr Kind unter Verdauungsstörungen?	ja	nein
14	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	ja	nein
15	Wurde bei Ihrem Kind ADHS diagnostiziert?	ja	nein

Die Körperhaltung des Kindes

16	Hat Ihr Kind eine zusammengesackte Körperhaltung beim Sitzen am (Schreib-) Tisch?	ja	nein
17	Hat Ihr Kind einen hohen oder schwachen Muskeltonus?	ja	nein
18	Sitzt Ihr Kind gerne mit den Beinen in der W-Haltung oder hat es ein Bein untergeschlagen?	ja	nein
19	Schlingelt Ihr Kind beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine oder kniet es lieber?	ja	nein
20	Stützt Ihr Kind beim Sitzen oft den Kopf mit den Händen ab?	ja	nein
21	Faustet Ihr Kind die Hände beim Vierfüßlerstand?	ja	nein
22	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	ja	nein

Fein- und Grobmotorik

23	Drückt Ihr Kind beim Schreiben oder Malen zu fest mit dem Stift auf?	ja	nein
24	Ist Ihr Kind ungeschickt beim Essen?	ja	nein
25	Klappte das Tauchen anfangs besser als das Schwimmen mit dem Kopf über Wasser?	ja	nein
26	Ist Ihr Kind vor dem Alter von 10 Monaten gelaufen?	ja	nein
27	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	ja	nein
28	Fallen Ihrem Kind Purzelbäume schwer?	ja	nein

Name des Kindes: _____

29	Neigt Ihr Kind zum Zehenspitzenengang?	ja	nein
30	Hat Ihr Kind einen schwachen Gleichgewichtsgang (Balancieren, Einbeinstand, etc)?	ja	nein
31	Fiel es Ihrem Kind schwerer als anderen, das Fahrradfahren zu erlernen?	ja	nein
32	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Werfen oder Fangen?	ja	nein
33	Macht Ihr Kind Mundbewegungen beim Malen o. Schreiben oder beißt es die Zähne zusammen?	ja	nein
34	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Hüpfen oder Springen?	ja	nein

Verhalten und Wahrnehmung

35	Ist Ihr Kind ängstlich oder hat besondere Ängste?	ja	nein
36	Hat Ihr Kind ein geringes Selbstwertgefühl?	ja	nein
37	Hat Ihr Kind Stimmungsschwankungen, ist also emotional labil?	ja	nein
38	Mag Ihr Kind keine Veränderungen oder Überraschungen?	ja	nein
39	Ist Ihr Kind lichtempfindlich?	ja	nein
40	Ist Ihr Kind geräuschempfindlich?	ja	nein
41	Ist Ihr Kind berührungsempfindlich?	ja	nein
42	Fällt es Ihrem Kind schwer, Hintergrundgeräusche auszublenden?	ja	nein
43	Hat Ihr Kind ein schlechtes Zeitgefühl?	ja	nein
44	Sind bei Ihrem Kind räumliche Wahrnehmungsprobleme festgestellt worden?	ja	nein
45	Fällt es Ihrem Kind schwerer, die analoge Uhr zu lesen als die digitale Uhr?	ja	nein
46	Hat Ihr Kind ein schwaches Durchhaltevermögen und wenig Ausdauer?	ja	nein
47	Kann Ihr Kind Kritik schlecht vertragen?	ja	nein
48	Tut sich Ihr Kind schwer damit, sich für etwas zu entscheiden?	ja	nein
49	Ist Ihr Kind beim Sitzen ständig in Bewegung?	ja	nein
50	Wirkt Ihr Kind oft unruhig und zappelig?	ja	nein
51	Gab es im Alter von 5 Jahren und älter nachts manchmal noch Bettnässeunfälle?	ja	nein
52	Fällt es Ihrem Kind schwer, sich zu konzentrieren?	ja	nein
53	Hat Ihr Kind ein schlechtes Kurzzeitgedächtnis, vergisst es öfters "Kleinigkeiten"?	ja	nein
54	Trägt Ihr Kind lieber weite Kleidung?	ja	nein
55	Finden Sie, Ihr Kind ist unorganisiert?	ja	nein
56	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	ja	nein
57	Lutschte Ihr Kind verhältnismäßig lag noch Daumen oder Schnuller?	ja	nein
58	Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	ja	nein
59	Braucht Ihr Kind Routine?	ja	nein
60	Leidet oder litt Ihr Kind unter Trennungsangst?	ja	nein
61	Redet Ihr Kind überdurchschnittlich viel (schwatzhaft) und schnell?	ja	nein
62	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf nach unten, Blick nach oben)?	ja	nein
63	Schaut Ihr Kind oft "hochnäsig" (Kopf im Nacken, Blick von oben)?	ja	nein
64	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	ja	nein
65	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg?	ja	nein
66	Meidet Ihr Kind direkten Augenkontakt?	ja	nein

Name des Kindes: _____

Auffälligkeiten im Bereich mit Schule und Lernen

67	Hat Ihr Kind eine Lese-Rechtschreib-Schwäche?	ja	nein
68	Hält Ihr Kind beim Schreiben den Stift ungewöhnlich?	ja	nein
69	Hat Ihr Kind eine unleserliches, eckige Handschrift?	ja	nein
70	Schreibt Ihr Kind nur langsam von der Tafel ab oder wird beim Mitschreiben nicht fertig?	ja	nein
71	Kann Ihr Kind beim Schreiben die Linie schlecht halten?	ja	nein
72	Empfindet es Ihr Kind als anstrengend, längere Texte abzuschreiben?	ja	nein
73	Kippt die Handschrift Ihres Kindes auf einer Seite mal nach links und dann wieder nach rechts?	ja	nein
74	Wandert der linke Zeilenrand im Heft beim Schreiben von längeren Texten immer mehr nach rechts? (jede neue Zeile weiter rechts, bei Linkshändern weiter links)	ja	nein
75	Lässt Ihr Kind auf unerklärliche Weise manchmal Aufgaben auf Arbeitsblättern aus?	ja	nein
76	Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Kind nicht gleichzeitig Schreiben und Zuhören kann?	ja	nein
77	Schiebt Ihr Kind das Blatt beim Schreiben oft weit von sich oder legt es quer?	ja	nein
78	Fällt es Ihrem Kind schwer, mündliches Wissen auf Papier zu bringen?	ja	nein
79	Liest Ihr Kind langsam, stockend oder ungern?	ja	nein
80	Verrutscht Ihr Kind beim Lesen in der Zeile?	ja	nein
81	Klagt Ihr Kind über sich bewegende oder hüpfende Buchstaben beim Lesen?	ja	nein
82	Verdreht Ihr Kind Buchstaben beim Schreiben (b/p, q/p, d/p, m/w)?	ja	nein
83	Vertauscht Ihr Kind die Reihenfolge von Buchstaben und/oder Zahlen beim Schreiben?	ja	nein
84	Fällt es Ihrem Kind schwer, logische Abfolgen und Muster zu erkennen und einzuhalten?	ja	nein

Besprechen Sie den Fragebogen auch gerne mit der Lehrkraft Ihres Kindes.