

Fragebogen Frühkindliche Reflexe

Name, Vorname des Kindes: _____

Name, Vorname Eltern: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Datum: _____

1. Gab es in der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	Ja	Nein
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	Ja	Nein
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals)?	Ja	Nein
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren? Wie lange?	Ja	Nein
5. Kam Ihr Kind durch einen Kaiserschnitt, Not-Kaiserschnitt, Wunschkaiserschnitt zur Welt?	Ja	Nein
6. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lang oder kurz?	Ja	Nein
7. Gab es wehen-hemmende oder wehen-fördernde Maßnahmen?	Ja	Nein
8. War Ihr Kind nach der Geburt im Inkubator/ Wärmebettchen?	Ja	Nein
9. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend am Rücken?	Ja	Nein
10. Litt Ihr Kind an Mittelohrentzündungen, Paukenergüsse/Paukenröhrchen?	Ja	Nein

11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	Ja	Nein
12. Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf: Geräusche?	Ja	Nein
: Licht / Helligkeit?	Ja	Nein
: Berührung?	Ja	Nein
13. Mag Ihr Kind keine laute Umgebung?	Ja	Nein
14. Hat Ihr Kind schnell Angst, reagiert ängstlich?	Ja	Nein
15. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	Ja	Nein
16. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule/Kindergarten (Bauchschmerzen, Übelkeit, usw.)?	Ja	Nein
17. Macht Ihr Kind beim Diktat viele Fehler?	Ja	Nein
18. Lernt Ihr Kind schlecht?	Ja	Nein
19. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	Ja	Nein
20. Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken?	Ja	Nein
21. Liebt Ihr Kind Routine? Mag keine Veränderungen?	Ja	Nein
22. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	Ja	Nein
23. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine „Fantasiewelt“?	Ja	Nein
24. Steht Ihr Kind sich oft selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht?	Ja	Nein
25. Spielt Ihr Kind lieber allein als mit andern Kindern?	Ja	Nein
26. Leidet Ihr Kind an Asthma / Allergien oder ist Infekt anfällig?	Ja	Nein
27. Hat Ihr Kind ein niedriges Selbstwertgefühl /Selbstvertrauen?	Ja	Nein
28. Hat Ihr Kind Probleme mit Autoritäten?	Ja	Nein
29. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	Ja	Nein
30. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	Ja	Nein
31. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	Ja	Nein
32. Ist „Bettnässen“ noch immer ein Thema?	Ja	Nein

33. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	Ja	Nein
34. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	Ja	Nein
35. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert oder vergesslich?	Ja	Nein
36. Neigt Ihr Kind zu Schwatzaftigkeit, redet übergebührlich viel?	Ja	Nein
37. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit, z.B. beim Autofahren	Ja	Nein
38. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, richtig von Tafel oder Buch abzuschreiben?	Ja	Nein
39. Findet Ihr Kind das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	Ja	Nein
40. Vertauscht Ihr Kind Buchstaben wie z.B. d und b oder schreibt es in Spiegelschrift?	Ja	Nein
41. Fragt Ihr Kind oft „was“?	Ja	Nein
42. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen?	Ja	Nein
43. Neigt Ihr Kind eher zum „Lümmeln“ beim Sitzen?	Ja	Nein
44. Stützt Ihr Kind häufig beim Sitzen am Tisch den Kopf in eine oder beide Hände?	Ja	Nein
45. Hat Ihr Kind Probleme mit dem Gleichgewicht?	Ja	Nein
46. Arbeitet Ihr Kind eher langsam?	Ja	Nein
47. Verwechselt es oft ähnlich klingende Laute oder Wörter?	Ja	Nein
48. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten sein Wissen zu Papier zu bringen? Mündliche Leistung besser als schriftlich?	Ja	Nein
49. Hat Ihr Kind eine schlechte Orientierung?	Ja	Nein
50. Dreht Ihr Kind beim Schreiben das Blatt bis zu 90°?	Ja	Nein
51. Gibt es Probleme beim Lesen (zu langsam, verwechseln von Buchstaben, fehlendes Leseverständnis)?	Ja	Nein
52. Lässt Ihr Kind beim Lesen Buchstaben oder ganze Wörter aus?	Ja	Nein
53. Hat Ihr Kind Probleme in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	Ja	Nein
54. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	Ja	Nein
55. Ist Ihr Kind impulsiv und wird leicht wütend?	Ja	Nein

56. Sind Überkreuzbewegungen für Ihr Kind schwierig?	Ja	Nein
57. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben, vor allem bei der Schreibschrift?	Ja	Nein
58. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	Ja	Nein
59. Schlingt Ihr Kind beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine?	Ja	Nein
60. Fällt es Ihrem Kind schwer, lange still zu sitzen?	Ja	Nein
61. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, besonders beim Brustschwimmen?	Ja	Nein
62. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	Ja	Nein
63. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	Ja	nein
64. Schaut ihr Kind oft „hochnäsiger“ (Kopf im Nacken, blick geht von oben nach unten)?	Ja	Nein
65. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	Ja	Nein
66. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Feinmotorik?	Ja	Nein
67. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	Ja	Nein
68. Macht Ihr Kind beim Schreiben und Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	Ja	Nein
69. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	Ja	Nein
70. Fällt es Ihrem Kind schwer eine Faust zu machen?	Ja	Nein
71. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, faustet es die Hände wenn es den Oberkörper und den Kopf anhebt?	Ja	Nein
72. Schreibt Ihr Kind nicht gerne, ermüdet sehr schnell dabei?	Ja	Nein
73. Drückt Ihr Kind beim Schreiben (sehr) fest an?	Ja	Nein
74. Zieht Ihr Kind seine Strümpfe und Schuhe umständlich an?	Ja	Nein
75. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	Ja	Nein
76. Kaut oder leckt Ihr Kind ständig an Gegenständen (Stift, T-Shirt, usw.)	Ja	Nein
77. Hat Ihr Kind lange den Schnuller genommen oder Daumen gelutscht?	Ja	Nein

78. Hat Ihr Kind einen starken Speichelfluss?	Ja	Nein
79. Trug oder trägt Ihr Kind eine Zahnspange?	Ja	Nein
80. Sind Zahnfehlstellungen erkennbar / Gotischer Gaumen?	Ja	Nein
81. Spricht Ihr Kind undeutlich, verwaschen?	Ja	Nein
82. Hat Ihr Kind eine unangemessen laute oder leise Stimme?	Ja	Nein
83. Hatte Ihr Kind einen verspäteten oder verlangsamten Spracherwerb?	Ja	Nein

Besprechen Sie eventuell den Fragebogen mit der Pädagog_in in der Schule oder im Kindergarten.

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen per Mail an:

office@lernendurchbewegung.at

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihre

Mag. Verena Krakolinig