

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



Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation		
1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
12. Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf : Geräusche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
13. : Licht / Helligkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
14. : Berührung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
17. ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	weiß nicht <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	weiß nicht <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	weiß nicht <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	weiß nicht <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	weiß nicht <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	weiß nicht <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	weiß nicht <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
27. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Bemerkung (nur wenn nötig)

28. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?		ja	nein
29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?		ja	nein
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?		ja	nein
31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?		ja	nein
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?		ja	nein
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	weiß nicht	ja	nein
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	weiß nicht	ja	nein
35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?		ja	nein
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	weiß nicht	ja	nein
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?		ja	nein
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	weiß nicht	ja	nein
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?		ja	nein
40. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	weiß nicht	ja	nein
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift )?	weiß nicht	ja	nein
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	weiß nicht	ja	nein
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	weiß nicht	ja	nein
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	weiß nicht	ja	nein
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?		ja	nein
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	weiß nicht	ja	nein
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	weiß nicht	ja	nein
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?		ja	nein
49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?		ja	nein
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?		ja	nein
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?		ja	nein
52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?		ja	nein
53. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?		ja	nein
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?		ja	nein
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	weiß nicht	ja	nein
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?		ja	nein
57. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?		ja	nein
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?		ja	nein
59. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?		ja	nein
60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?		ja	nein

Bemerkung (nur wenn nötig)

61. Lernt Ihr Kind schlecht?	weiß nicht	ja	nein
62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	weiß nicht	ja	nein
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	weiß nicht	ja	nein
64. Liebt Ihr Kind Routine?		ja	nein
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?		ja	nein
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?		ja	nein
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?		ja	nein
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?		ja	nein
69. Ist Ihr Kind oft weinerlich?		ja	nein
70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?		ja	nein
71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?		ja	nein
72. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?		ja	nein
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?		ja	nein
74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?		ja	nein
<b>Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes.</b>			
<b>Bei mehr als 7 Ja-Anworten ist es sinnvoll durch die RIT-Trainerin/RIT-Trainer testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind.</b>			
<b>Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.</b>			
	<a href="http://www.rit-reflexintegration.de">www.rit-reflexintegration.de</a>		