Fragebogen Frühkindliche Reflexe

ZeitRaum©
Praxis für mentale und körperliche Entwicklung

		ja	nein	Bemerkung
1.	Gab es während der Schwangerschaft gesundheitliche Probleme der Mutter? (Krankheit, Stress...)			
2.	Haben Sie während der Schwangerschaft lange gelegen? Wenn ja, wie lange und in welcher Phase der Schwangerschaft?			
3.	Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? (Saugglocke, Zange, Nabelschnur um den Hals)?			
4.	Wurde Ihr Kind zu früh geboren?			
5.	Gab es einen Notkaiserschnitt?			
6.	Wurde es durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?			
7.	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lange?			
8.	Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?			
9.	War die Geburt eine Beckenendlage?			
10.	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegen auf dem Rücken?			
11.	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füssen da?			
12.	Reagiert es überempfindlich auf Geräusche?			
13.	Reagiert Ihr Kind über ein normales Maß hinaus empfindlich auf Licht bzw. Helligkeit?			
14.	Reagiert es über ein normales Maß hinaus empfindlich auf Berührung?			
15.	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?			
16.	Leidet es unter Trennungsängsten?			
17.	Schneidet Ihr Kind bei Diktaten schlecht ab?			
18.	Hat es Angst vor der Schule? (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)			
19.	Leidet Ihr Kind unter Verspannung der Nackenmuskulatur?			
20.	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?			
21.	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft in der Hand?			
22.	Macht Ihr Kind beim Schreiben, Malen oder Rechnen			

	Mundbewegungen? Bewegt es die Zunge mit oder beißt die Zähne zusammen?			
23.	Drückt es den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?			
24.	Hat es wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?			
25.	Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?			
26.	Ist die Aussprache eher undeutlich?			
27.	Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu laufen?			
28.	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?			
29.	Zieht Ihr Kind die Socken und die Schuhe „umständlich“ an?			
30.	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?			
31.	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen? (Kopf nach hinten Beine nach vorne)?			
32.	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?			
33.	Hat es Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?			
34.	Arbeitet es eher zu langsam?			
35.	Fragt Ihr Kind oft nach oder sagt oft „was"?			
36.	Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?			
37.	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit oder wird ihm oft schlecht beim Autofahren?			
38.	Verdreht es Buchstaben, wie z.B. b und d / p und q oder schreibt es in Spiegelschrift?			
39.	Kann es sich schlecht im Raum orientieren?			
40.	Hat es gutes mündliches Wissen kann es aber nicht so ausführlich aufs Papier bringen?			
41.	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?			
42.	Legt es beim Schreiben das Blatt im 90 Grad Winkel vor sich?			
43.	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik			

	oder Rechnen?			
44.	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?			
45.	Ist Ihr Kind leicht reizbar oder schnell wütend?			
46.	Fällt es ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linien einzuhalten?			
47.	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)?			
48.	Hat es einen schiefen Gang?			
49.	War Ihr Kind über das 5. Lebensjahr hinaus Bettnässer?			
50.	Mag es keine enge Kleidung?			
51.	Wirkt es oft unorganisiert und vergisst oft etwas?			
52.	Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?			
53.	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen? Ist es nur kurz oder „irgendwie anders" gekrabbelt?			
54.	Sitzt es gerne auf einem oder beiden Füßen?			
55.	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?			
56.	Hat es Probleme einen Ball zu fangen?			
57.	Hat es Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?			
58.	Hat Ihr Kind oft einen „misstrauischen" Blick? (Kopf geht nach unten Blick geht von unten nach oben)			
59.	Hat es oft einen „hochnäsigen" Blick? (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?			
60.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?			
61.	Lernt Ihr Kind schlecht?			
62.	Schreibt es zu langsam von der Tafel ab?			
63.	Ermüdet es schnell beim Lesen?			
64.	Liebt Ihr Kind Routine?			
65.	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?			

ZeitRaum©
Praxis für mentale und körperliche Entwicklung

66.	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?			
67.	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt oder wirkt es oft verträumt?			
68.	Steht sich Ihr Kind oft selbst im Weg, „bewegt" sich nicht bzw. findet keinen Ausweg aus einer Situation?			
69.	Ist Ihr Kind oft weinerlich, „hat es nah am Wasser gebaut“?			
70.	Kann es sich schlecht konzentrieren?			
71.	Trägt oder trug es eine Zahnspange?			
72.	Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?			
73.	Hatte oder hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?			
74.	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?			
75.	Wurde Ihr Kind aufgrund eines Kiss-Syndroms behandelt?			
76.	Hält es den Kopf manchmal schief?			
77.	Leidet oder litt Ihr Kind an epileptischen Anfällen?			
78.	Befindet oder befand es sich in ergo,-physiotherapeutischer und / oder logopädischer Behandlung? Weshalb?			
79.	Wird Ihr Kind medikamentös behandelt? Welches Medikament?			
80.	Wurde eine Nahrungsmittelunverträglichkeit festgestellt? Welche?			
81.	Ist Ihr Kind oftmals sehr müde, antriebslos und schwach?			

Besprechen Sie den Fragebogen gerne auch mit den Erziehern bzw. den Lehrkräften Ihres Kindes. Bei mehr als 9 Ja-Antworten kann meine Unterstützung auch für Ihr Kind und Ihre Familie hilfreich sein. Bitte lassen Sie mir den ausgefüllten Fragebogen zukommen und vereinbaren Sie gerne mit mir, einen persönlichen Beratungstermin. Ich freue mich darauf Sie und Ihr Kind kennenzulernen.

ZeitRaum Praxis für mentale und körperliche Entwicklung | Andrea Schmiedel-Lehnert | Apfelstr. 1 | 69469 Weinheim | Tel. 06201 48 80 681 | info@zeitraum-weinheim.de