

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

Name des Kindes:

Kindergarten / Schule / Klasse:

Alter:



1. Hatten Sie während 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 des Kindes)?	ja	nein
4. Wurde das Kind zu früh geboren?	ja	nein
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	ja	nein
6. Wurde ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	ja	nein
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?	ja	nein
8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	ja	nein
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	ja	nein
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	ja	nein
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	ja	nein
12. Ist Ihr Kind überempfindlich auf Geräusche?	ja	nein
13. Ist Ihr Kind überempfindlich auf Licht / Helligkeit?	ja	nein
14. Ist Ihr Kind überempfindlich auf Berührung?	ja	nein
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	ja	nein
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	ja	nein
17. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	ja	nein
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit,...)	ja	nein
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	ja	nein
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	ja	nein
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	ja	nein
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst die Zähne zusammen?	ja	nein
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	ja	nein
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben?	ja	nein
25. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?	ja	nein

26. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	ja	nein
27. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	ja	nein
28. Neigt Ihr Kind dazu eher auf den Zehenspitzen zu gehen?	ja	nein
29. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	ja	nein
30. Zieht Ihr Kind Socken und Schuhe umständlich an?	ja	nein
31. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf n eine oder beide Hände?	ja	nein
32. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen? (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)	ja	nein
33. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	ja	nein
34. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	ja	nein
35. Findet Ihr Kind das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	ja	nein
36. Arbeitet Ihr Kind eher langsam?	ja	nein
37. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt "was"?	ja	nein
38. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit (schlecht werden beim Autofahren)?	ja	nein
39. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	ja	nein
40. Kann sich Ihr Kind schlecht im Raum orientieren?	ja	nein
41. Hat Ihr Kind gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht auf Papier bringen?	ja	nein
42. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten, vorallem bei der Schreibschrift?	ja	nein
43. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	ja	nein
44. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in Rechtschreiben, Grammatik oder Rechnen?	ja	nein
45. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	ja	nein
46. Ist Ihr Kind leicht reizbar oder schnell wütend?	ja	nein
47. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	ja	nein
48. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)?	ja	nein
49. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	ja	nein
50. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren nachts eingenässt?	ja	nein
51. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	ja	nein
52. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	ja	nein
53. Neigt Ihr Kind zur Tratschen, bzw. redet es übergebührlich viel?	ja	nein
54. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	ja	nein
55. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	ja	nein
56. Schlingt Ihr Kind seine Beine beim Schreiben um die Stuhlbeine?	ja	nein

57. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	ja	nein
58. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmenlernen, vorallem beim Brustschwimmen?	ja	nein
59. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	ja	nein
60. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	ja	nein
61. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	ja	nein
62. Lernt Ihr Kind schlecht?	ja	nein
63. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	ja	nein
64. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	ja	nein
65. Liebt Ihr Kind Routine?	ja	nein
66. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	ja	nein
67. Leidet Ihr Kind unter Astma, Allergien oder häufigen Infekten'?	ja	nein
68. flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	ja	nein
69. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	ja	nein
70. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	ja	nein
71. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	ja	nein
72. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	ja	nein
73. Sind bei Ihrem Kind Zahnfehlstellungen zu erkennen, Gotischer Gaumen?	ja	nein
74. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	ja	nein
75. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	ja	nein

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

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll Ihr Kind auf noch aktive Reflexe testen zu lassen.

Diese können für die Lern- oder Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.

Ihre persönliche Ansprechpartnerin:

Gerlinde Krampfl-Schmölzer

Herbersdorf 51

8510 Stainz

Mobil: 0664 / 24 30 400

Mail: office@sentire.at

oder verwenden Sie das Kontaktformular direkt auf meiner Homepage.