

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und der aktuellen Situation	0	JA	0	NEIN
1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme	0	JA	0	NEIN
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	0	JA	0	NEIN
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	0	JA	0	NEIN
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren	0	JA	0	NEIN
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	0	JA	0	NEIN
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	0	JA	0	NEIN
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?	0	JA	0	NEIN
8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	0	JA	0	NEIN
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	0	JA	0	NEIN
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	0	JA	0	NEIN
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	0	JA	0	NEIN
12. Ist Ihr Kind übergebührllich empfindlich auf ; Geräusche	0	JA	0	NEIN
13. : Licht/Helligkeit	0	JA	0	NEIN
14. . Berührung	0	JA	0	NEIN
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	0	JA	0	NEIN
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	0	JA	0	NEIN
17. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	0	JA	0	NEIN
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	0	JA	0	NEIN
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	0	JA	0	NEIN
20. Fällt es Ihrem Kind schwer, eine feste Faust zu machen?	0	JA	0	NEIN
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	0	JA	0	NEIN
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	0	JA	0	NEIN
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch stark auf?	0	JA	0	NEIN
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	0	JA	0	NEIN
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, faustet es dann die Hände?	0	JA	0	NEIN
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	0	JA	0	NEIN
27. Neigt Ihr Kind dazu, auf Zehenspitzen zu gehen?	0	JA	0	NEIN

28. Rollet Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	0	JA	0	NEIN
29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	0	JA	0	NEIN
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	0	JA	0	NEIN
31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten -Beine nach vorne)?	0	JA	0	NEIN
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	0	JA	0	NEIN
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, von der Tafel abzuschreiben?	0	JA	0	NEIN
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	0	JA	0	NEIN
35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?	0	JA	0	NEIN
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	0	JA	0	NEIN
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z. B. schlecht werden beim Autofahren?	0	JA	0	NEIN
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b oder d oder schreibt in Spiegelschrift?	0	JA	0	NEIN
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	0	JA	0	NEIN
40. Hat es gutes mündliches Wissen; kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	0	JA	0	NEIN
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	0	JA	0	NEIN
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	0	JA	0	NEIN
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	0	JA	0	NEIN
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	0	JA	0	NEIN
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	0	JA	0	NEIN
46. Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Linie einzuhalten?	0	JA	0	NEIN
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	0	JA	0	NEIN
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	0	JA	0	NEIN
49. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	0	JA	0	NEIN
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	0	JA	0	NEIN
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	0	JA	0	NEIN
52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebühlich viel?	0	JA	0	NEIN
53. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	0	JA	0	NEIN
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	0	JA	0	NEIN
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	0	JA	0	NEIN
56. Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen?	0	JA	0	NEIN
57. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	0	JA	0	NEIN
58. Schaut Ihr Kind oft mißtrauisch (Kopf geht nach unten, Block geht von unten nach oben)?	0	JA	0	NEIN
59. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	0	JA	0	NEIN
60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, über längere Zeit stillzusitzen?	0	JA	0	NEIN

61. Lernt Ihr Kind schlecht?	0	JA	0	NEIN
62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	0	JA	0	NEIN
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	0	JA	0	NEIN
64. Liebt Ihr Kind Routine?	0	JA	0	NEIN
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	0	JA	0	NEIN
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	0	JA	0	NEIN
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	0	JA	0	NEIN
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	0	JA	0	NEIN
69. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	0	JA	0	NEIN
70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	0	JA	0	NEIN
71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	0	JA	0	NEIN
72. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Genuß Gaumen?	0	JA	0	NEIN
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	0	JA	0	NEIN
74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	0	JA	0	NEIN

Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes.

Bei mehr als 7 JA-Antworten ist es sinnvoll durch die RIT-Trainerin testen zu lassen ob noch Reflexe aktiv sind.

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



Lilly HOENCK
49A, rue Gabriel Lippmann
6947 Niederaanven

lilly.hoenck@mindcare.lu

Tel. +352 621 270477