

Elternfragebogen zur aktuellen Situation des Kindes

Name, Vorname Kind:	Name der Eltern:
Geburtsdatum:	Adresse:
Kindergarten/Schule/Klasse:	Telefonnummer:
	E-Mail:
	Datum:

		ja	nein
1.	Gab es bei der Mutter während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?		
2.	Musste die Mutter während der Schwangerschaft lange liegen?		
3.	Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals)?		
4.	Wurde Ihr Kind zu früh geboren? Wie lange?		
5.	Gab es einen Notkaiserschnitt?		
6.	Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?		
7.	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?		
8.	Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?		
9.	War die Geburt eine Beckenendlage?		
10.	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Bauch?		
11.	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?		
12.	Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Geräusche?		
13.	...Licht / Helligkeit?		
14.	...Berührung?		
15.	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?		
16.	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?		
17.	Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?		
18.	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)		

		ja	nein
19.	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?		
20.	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?		
21.	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?		
22.	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?		
23.	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?		
24.	Hat Ihr Kind 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.	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?		
27.	Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?		
28.	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?		
29.	Zieht Ihr Kind Strümpfe und 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 Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?		
34.	Arbeitet Ihr Kind 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, z.B. schlecht werden beim Autofahren?		
38.	Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?		
39.	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?		
40.	Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?		
41.	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?		
42.	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° 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, schnell wütend?		
46.	Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?		
47.	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)		
48.	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?		

		ja	nein
49.	Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?		
50.	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?		
51.	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?		
52.	Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebühlich viel?		
53.	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?		
54.	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?		
55.	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?		
56.	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?		
57.	Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?		
58.	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?		
59.	Hat Ihr Kind 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 Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?		
63.	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?		
64.	Liebt Ihr Kind Routine?		
65.	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?		
66.	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?		
67.	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?		
68.	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?		
69.	Ist Ihr Kind oft weinerlich?		
70.	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?		
71.	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?		
72.	Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?		
73.	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?		
74.	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?		
	SUMME DER JA - ANTWORTEN:		
<p>Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes. Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll durch die RIT-Trainerin/RIT-Trainer testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind. Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.</p>			

Ergänzende Angaben

Besteht bei Ihrem Kind eine der folgenden Beeinträchtigungen?					
Kiss-Syndrom	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Schwindelmigräne	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Drogen- oder Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Trisomie 21	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Gluten- oder Kaseinunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Befindet oder befand sich Ihr Kind in einer der folgenden Behandlungen:									
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>	Logopädie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>	Andere:			
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>	Läuft noch:	<input type="checkbox"/>			

Wird Ihr Kind medikamentös behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja	Medikament:	Seit wann?
	<input type="checkbox"/> Nein		

Hat Ihr Kind Geschwister?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name(n) und Geburtsdatum:	
Leben die Geschwister im selben Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein


RIT - Reflexintegrationstraining
Manuela Haase
Telefon 01577 / 398 53 15
www.rit-reflexintegration-leipzig.de

Sie haben mehr als 7 Ja – Antworten für Ihr Kind angegeben?

Rufen Sie mich an für ein unverbindliches Beratungsgespräch. Gerne erkläre ich Ihnen die Zusammenhänge zwischen aktiven frühkindlichen Reflexen und Lern – und Verhaltensauffälligkeiten und wir besprechen ein mögliches Reflexintegrationstraining für Ihr Kind.

Herzlichst, Manuela Haase