

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

Name des Kindes: _____ Alter: _____

1.	Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.	Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.	Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Gab es einen Notkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.	Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	War die Geburt eine Beckenendlage?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf: Geräusche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	: Licht / Helligkeit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	: Berührung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16.	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18.	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.	Fällt es Ihrem Kind schwer eine Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21.	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22.	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24.	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
25.	Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26.	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
27.	Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
28.	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
29.	Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30.	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
31.	Räkelt oder streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten – Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
32.	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
33.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
34.	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
35.	Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft „was“?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
36.	Findet Ihr Kind das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
37.	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
38.	Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie z.B. b oder d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

39.	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
40.	Hat es gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
41.	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42.	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43.	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
44.	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
45.	Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
46.	Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
47.	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
48.	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
49.	War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
50.	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
51.	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
52.	Neigt es zu Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
53.	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
54.	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
55.	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
56.	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
57.	Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
58.	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
59.	Hat Ihr Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick (Kopf ist im Nacken, Blickt geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
60.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
61.	Lernt Ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
62.	Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
63.	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
64.	Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
65.	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
66.	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
67.	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
68.	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
69.	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
70.	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
71.	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
72.	Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
73.	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
74.	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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

Bei mehr als 7 JA-Antworten ist es sinnvoll, durch eine/n RIT®-Trainer/in testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind. Diese können für die Lern- und Verhaltensproblem Ihres Kindes verantwortlich sein.

Ihre RIT® Expertin im Allgäu

Stefanie Sauter

Leutkircher Straße 50a, 88316 Isny

Tel. 07562/9746440

info@stefanie-sauter.com

www.stefanie-sauter.com

www.facebook.com/stefanie.sauter.isny

