

Mädchen Junge KIGA Schule Alter Jgst.



DANIELA SAAM

www.daniela-saam.de
info@daniela-saam.de
09132-7386048

Name _____

ELTERN – FRAGEBOGEN

Bitte jede Frage nur dann mit JA beantworten, wenn es auch wirklich zutrifft.

Bei mehr als 10 JA-Antworten ist es sinnvoll, Dein Kind testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind.

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

JA

1	Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose wie LRS, Dyspraxie, oder ADS/ADHA gestellt?	<input type="checkbox"/>
2	Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>
3	Gibt es eine familiäre Vorbelastung mit Lernproblemen?	<input type="checkbox"/>
4	Gab es medizinische Probleme in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>
5	Gab es emotionalen Stress in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>
6	Gab es eine Hormonbehandlung oder In vitro Fertilisation?	<input type="checkbox"/>
7	Wurde Ihr Kind ±2 Wochen vor dem errechneten Termin geboren?	<input type="checkbox"/>
8	Wurde Ihr Kind ±2 Wochen nach dem errechneten Termin geboren?	<input type="checkbox"/>
9	Gab es Komplikationen im Geburtsverlauf?	<input type="checkbox"/>
10	Gab es einen Kaiserschnitt?	<input type="checkbox"/>
11	Gab es Auffälligkeiten bei der Geburt wie Schädelverformungen, Nabelschnurverwicklung, blaue Flecken, starke Käseschmiere, Zange, Saugglocke?	<input type="checkbox"/>
12	Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Stillen oder Trinken?	<input type="checkbox"/>
13	Hat Ihr Kind viel gespuckt?	<input type="checkbox"/>
14	Dauerte es über 4 Monate, bis es seinen Kopf hochhalten konnte?	<input type="checkbox"/>
15	War Ihr Baby sehr aktiv oder fordernd?	<input type="checkbox"/>
16	Schlief es wenig und schrie es oft?	<input type="checkbox"/>
17	Gibt es eine Geschichte mit Kopfverletzungen?	<input type="checkbox"/>
18	Hat Ihr Kind sich nur schwer und mit Unterstützung auf den Bauch gedreht?	<input type="checkbox"/>
19	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/>
20	Hatte es eine Alternativform zum Krabbeln entwickelt?	<input type="checkbox"/>
21	Hat Ihr Kind besonders früh (vor 12 Monaten) oder später (nach 15 Monaten) laufen gelernt?	<input type="checkbox"/>
22	Hat Ihr Kind Probleme in der Sprachentwicklung?	<input type="checkbox"/>
23	Gab es in den ersten 18 Lebensmonaten Krankheiten, die mit hohen Fieber verbunden waren?	<input type="checkbox"/>
24	Leidet Ihr Kind unter Hautproblemen?	<input type="checkbox"/>
25	Hat Ihr Kind Asthma?	<input type="checkbox"/>
26	Lutscht Ihr Kind sehr lange am Daumen?	<input type="checkbox"/>
27	Nässt Ihr Kind lange ein?	<input type="checkbox"/>
28	Ist Ihr Kind sehr ängstlich und schreckhaft?	<input type="checkbox"/>
29	Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?	<input type="checkbox"/>
30	Leidet es unter Höhenangst?	<input type="checkbox"/>
31	Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten das Lesen zu lernen?	<input type="checkbox"/>
32	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben?	<input type="checkbox"/>
33	Hatte es Probleme die Uhrzeit (analog) zu erlernen?	<input type="checkbox"/>
34	Hatte es Schwierigkeiten Brustschwimmen zu lernen?	<input type="checkbox"/>
35	Tauchte es lieber (Kopf-unter-schwimmen) als den Kopf oben zu halten?	<input type="checkbox"/>
36	Hatte Ihr Kind öfters Infektionen im HNO-Bereich?	<input type="checkbox"/>
37	Hat oder hatte Ihr Kind Probleme beim Ball fangen?	<input type="checkbox"/>
38	Hat Ihr Kind Probleme still zu sitzen und wird oft ermahnt?	<input type="checkbox"/>

39	Macht es häufig Fehler beim Abschreiben von der Tafel oder vom Buch?	<input type="checkbox"/>
40	Verdreht es manchmal Buchstaben oder lässt Buchstaben aus?	<input type="checkbox"/>
41	Verdreht es manchmal Zahlen?	<input type="checkbox"/>
42	Schreibt es in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/>
43	Reagiert es empfindlich auf Geräusche?	<input type="checkbox"/>
44	Reagiert es empfindlich auf Licht/Helligkeit?	<input type="checkbox"/>
45	Reagiert es empfindlich auf unerwartete Bewegungen?	<input type="checkbox"/>
46	Mag Ihr Kind bevorzugte Konsistenzen essen (flüssig, stückig, etc.) oder gibt es Auffälligkeiten bei der Nahrungsauswahl?	<input type="checkbox"/>
47	Braucht Ihr Kind sehr lange für seine Hausaufgaben?	<input type="checkbox"/>
48	Hat es Probleme seine Hausaufgaben grundsätzlich selbstständig zu erledigen?	<input type="checkbox"/>
49	Trödelt Ihr Kind oft und ist ein „Träumerle“?	<input type="checkbox"/>
50	Geht Ihr Kind oft auf Zehen?	<input type="checkbox"/>
51	Steht Ihr Kind sich mit seinem Verhalten oft „selbst im Weg“?	<input type="checkbox"/>
52	Hat Ihr Kind eine verkrampfte Stifthaltung?	<input type="checkbox"/>
53	Hat Ihr Kind Probleme beim Ausschneiden oder mag kleinteilige Arbeiten nicht?	<input type="checkbox"/>
54	Hängt die Zungenspitze aus dem Mund wenn sich Ihr Kind anstrengt oder Konzentriert?	<input type="checkbox"/>
55	Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen oder hat Zahnfehlstellungen?	<input type="checkbox"/>
56	Saß oder sitzt Ihr Kind oft in W Haltung oder schlingt seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/>
57	Sitzt Ihr Kind gerne mit unterschlagenen Beinen da?	<input type="checkbox"/>
58	Hängt Ihr Kind eher über dem Schreibtisch als das es gerade sitzt?	<input type="checkbox"/>
59	Muss es den Kopf oft in die Hände aufstützen?	<input type="checkbox"/>
60	Ermüdet es oft beim Lesen?	<input type="checkbox"/>
61	Mag es nicht gerne Schreiben, aber ist mündlich dafür super?	<input type="checkbox"/>
62	Leidet Ihr Kind unter Schulangst oder hat oft Bauchweh vor neuen Situationen?	<input type="checkbox"/>
63	Läuft Ihr Kind seine Schuhe ungleichmäßig ab?	<input type="checkbox"/>
64	Mag Ihr Kind einen geplanten Tagesablauf und Struktur?	<input type="checkbox"/>
65	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lang/kurz?	<input type="checkbox"/>
66	Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert bzw. gehemmt?	<input type="checkbox"/>
67	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/>
68	Leidet es unter überdurchschnittlicher Trennungsangst?	<input type="checkbox"/>
69	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/>
70	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/>
71	Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?	<input type="checkbox"/>
72	Legt Ihr Kind das Papier/Heft schief vor sich zum Schreiben/Malen?	<input type="checkbox"/>
73	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Schwungübungen/Schreibschrift?	<input type="checkbox"/>
74	Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	<input type="checkbox"/>
75	Ist Ihr Kind generell eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich?	<input type="checkbox"/>
76	Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken?	<input type="checkbox"/>
77	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/>
78	Hast Ihr Kind verhältnismäßig lange Daumen gelutscht/Schnuller genommen?	<input type="checkbox"/>
79	Drückt Ihr Kind beim Schreiben den Stift sehr stark auf?	<input type="checkbox"/>
80	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/>
81	Nimmt Ihr Kind ADS/ADHS Medikamente? (z.B. Methylphenidat, Atomoxetin)	<input type="checkbox"/>
82	Wurde bei Ihrem Kind HPU/KPU diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>
83	Hat Ihr Kind eine akute Gluten- oder Kaseinunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>
84	Hat Ihr Kind eine akute Epilepsie, ein Kiss/KIDD Syndrom oder Trisomie 21?	<input type="checkbox"/>
85	Hat Ihr Kind Schwindelmigräne oder Traumata?	<input type="checkbox"/>