



Die folgenden 74 Fragen geben mir einen ungefähren Einblick in die Entwicklung Ihres Kindes und dienen als erste Grundlage für unsere gemeinsame Arbeit. Ich bitte Sie daher, diese Fragen in Ruhe und gewissenhaft zu beantworten.

Gern können Sie den Fragbogen ausdrucken und mit weiteren Bezugspersonen (z.B. Großeltern, Erziehern, Lehrern) besprechen. Schulische Fragen, die noch nicht auf ihr Kind zutreffen, lassen Sie bitte unbeantwortet.

Zum Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie den Adobe Acrobat Reader.

[Im Google Playstore öffnen](#)

[Im Apple App Store öffnen](#)

Kontaktdaten

Name des Kindes*

Name der Kontaktperson*

Geburtsdatum des Kindes*

Wie darf ich mich bei Ihnen melden?

Telefon oder E-Mail

Klassenstufe oder KiTa*

Wohnort*

E-Mail Adresse

Telefonnummer

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

- | | | |
|---|----|------|
| 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 Ihr 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 zu 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 übergebürlich empfindlich auf : Geräusche | ja | nein |
| 13. : Licht / Helligkeit | ja | nein |
| 14. : 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, etc.) | 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 es 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, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben? | ja | nein |
| 25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände? | ja | nein |



- | | | |
|--|----|------|
| 26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich? | ja | nein |
| 27. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen? | ja | nein |
| 28. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein? | ja | nein |
| 29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an? | ja | nein |
| 30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände? | ja | nein |
| 31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)? | ja | nein |
| 32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? | ja | nein |
| 33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben? | ja | nein |
| 34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam? | ja | nein |
| 35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft „was“? | ja | nein |
| 36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend? | ja | nein |
| 37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren? | ja | nein |
| 38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift? | ja | nein |
| 39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren? | ja | nein |
| 40. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden? | ja | nein |
| 41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)? | ja | nein |
| 42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich? | ja | nein |
| 43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen? | ja | nein |



44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	ja	nein
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	ja	nein
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	ja	nein
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	ja	nein
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	ja	nein
49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	ja	nein
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	ja	nein
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	ja	nein
52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?	ja	nein
53. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen?	ja	nein
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	ja	nein
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	ja	nein
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	ja	nein
57. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	ja	nein
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	ja	nein
59. Hat Ihr Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	ja	nein
60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	ja	nein
61. Lernt Ihr Kind schlecht?	ja	nein



62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab? ja nein

63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen? ja nein

64. Liebt Ihr Kind Routine? ja nein

65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? ja nein

66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten? ja nein

67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt? ja nein

68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht? ja nein

69. Ist Ihr Kind oft weinerlich? ja nein

70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren? ja nein

71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre? ja nein

72. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Götischer Gaumen? ja nein

73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss? ja nein

74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht? ja nein

Erzählen Sie mir von Ihrem Kind...