

www.eltern-kind-coach.de

| Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation | Τ | Τ | |
|--|------|---|------|
| 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 |
| 12. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da? | □ ja | | nein |
| 13. Reagiert Ihr Kind übergebührlich empfindlich auf : Geräusche | □ ja | | nein |
| 14. : Licht / Helligkeit | □ ja | | nein |
| 15. : Berührung | □ ja | | nein |
| 16. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich? | □ ja | | nein |
| 17. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst? | □ ja | | nein |
| 18. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat? | □ ja | | nein |
| 19. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.) | □ ja | | nein |
| 20. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen? | □ ja | | nein |
| 21. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen? | □ ja | | nein |
| 22. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft? | □ ja | | nein |
| 23. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen? | □ ja | | nein |
| 24. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf? | □ ja | | nein |
| 25. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben? | □ ja | | nein |
| 26. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände? | □ ja | | nein |



| 27. Spricht Ihr Kind eher undeutlich? | □ ja | nein |
|--|------|------|
| 28. Neigt Ihr Kind dazu auf Zehenspitzen zu gehen? | □ ja | nein |
| 29. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein? | □ ja | nein |
| 30. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an? | □ ja | nein |
| 31. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände? | □ ja | nein |
| 32. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)? | □ ja | nein |
| 33. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? | □ ja | nein |
| 34. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben? | □ ja | nein |
| 35. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam? | □ ja | nein |
| 36. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"? | □ ja | nein |
| 37. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend? | □ ja | nein |
| 38. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren? | □ ja | nein |
| 39. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift? | □ ja | nein |
| 40. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren? | □ ja | nein |
| 41. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden? | □ ja | nein |
| 42. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)? | □ ja | nein |
| 43.Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich? | □ ja | nein |
| 44. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen? | □ ja | nein |
| 45. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus? | □ ja | nein |
| 46. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend? | □ ja | nein |
| 47. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten? | □ ja | nein |
| 48. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis) | □ ja | nein |
| 49. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang? | □ ja | nein |
| 50. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer? | □ ja | nein |
| 51 Mag Ihr Kind keine enge Kleidung? | □ ja | nein |
| 52. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas? | □ ja | nein |
| 53. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel? | □ ja | nein |
| 54. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen? | □ ja | nein |
| 55. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen? | □ ja | nein |
| 56. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine? | □ ja | nein |
| 57. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen? | □ ja | nein |



| 58. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen? | □ ja | nein |
|--|------|------|
| 59. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)? | □ ja | nein |
| 60. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)? | □ ja | nein |
| 61. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen? | □ ja | nein |
| 62. Lernt Ihr Kind schlecht? | □ ja | nein |
| 63. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab? | □ ja | nein |
| 64. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen? | □ ja | nein |
| 65. Liebt Ihr Kind Routine? | □ ja | nein |
| 66. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? | □ ja | nein |
| 67. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten? | □ ja | nein |
| 68. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt? | □ ja | nein |
| 69. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg? | □ ja | nein |
| 70. Ist Ihr Kind oft weinerlich? | □ ja | nein |
| 71. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren? | □ ja | nein |
| 72. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange? | □ ja | nein |
| 73. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen? | □ ja | nein |
| 74. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss? | □ ja | nein |
| | □ ja | nein |
| | | |
| | | |
| | | |
| Bei mehr als 7 Antworten mit "ja" ist es sinnvoll, wenn Sie ein unverbindliches Beratungsgespräch mit mir vereinbaren und wir gemeinsam den Fragebogen besprechen. | | |
| In der Regel sind dann noch frühkindliche Reflexe bei Ihrem Kind aktiv, die für Verhaltens- und Lernproblemen verantwortlich sind. | | |
| Dr. Michael Zickendraht - 089 / 210 29 89 92 - zickendraht@chancenreich-cm.de - www.eltern-kind-coach.bayern | | |
| | | |