

Eltern-Fragebogen - frühkindliche Reflexe

Name _____ Alter _____

Junge Mädchen Kita Schule Klasse _____

Christine Grimm

www.PotentialWecker.de

info@PotentialWecker.de

0163/7077566

Bitte jede Frage nur dann mit „Ja“ beantworten, wenn es auch wirklich zutrifft.

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

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

	Ja
1. Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose wie LRS, Dyspraxie oder ADS/ ADHS gestellt?	<input type="checkbox"/>
2. Nimmt Ihr Kind zu Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>
3. Gibt es eine familiäre Vorbelastung mit Lernproblemen?	<input type="checkbox"/>
4. Gab es medizinische Problem 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 wie Schädelverformungen, Nabelschnurverwicklung, blaue Flecken, starke Käseschmiere?	<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 und fordernd?	<input type="checkbox"/>
16. Schlieft 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 Monate) oder spät (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 hohem Fieber verbunden waren?	<input type="checkbox"/>
24. Leidet Ihr Kind unter Hautproblemen?	<input type="checkbox"/>
25. Hat Ihr Kind Asthma?	<input type="checkbox"/>
26. Lutschte Ihr Kind sehr lange am Daumen?	<input type="checkbox"/>
27. Nässte 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 vom Abschreiben von der Tafel oder vom Buch?	<input type="checkbox"/>
40. Verdreht es manchmal Buchstaben oder lässt Buchstaben aus?	<input type="checkbox"/>

Eltern-Fragebogen - frühkindliche Reflexe

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 es nur bevorzugte Konsistenzen essen (flüssig, stückig, etc.) oder gibt es Auffälligkeiten bei der Nahrungswahl?	<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 dass 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 lange / 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.	Hat 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 oder Sensitivität?	<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"/>