

ReflexIntegration - neuronale Schulreife

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



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Schulklasse: _____

1	Hatten sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	ja	nein
2	Mussten sie während der Schwangerschaft lange liegen?	ja	nein
3	Gabe 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 mit Wunschkaiserschnitt geboren?	ja	nein
7	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lang?	ja	nein
8	Gab es Wehen fördernde oder Wehen hemmende 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 und Malen Mundbewegungen oder beißt die Zähne zusammen?	ja	nein
23	Drückt ihr Kind den Stift bei Gebrauch zu sehr auf?	ja	nein
24	Hat ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnelle beim Schreiben?	ja	nein
25	Wenn sich ihr Kind in Bauchlage auf die Unterlage stützt, den Oberkörper und den Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	ja	nein
26	Spricht ihr Kind eher undeutlich?	ja	nein
27	Neigt ihr Kind dazu auf 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 vorn)?	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 zu 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 es in Spiegelschrift?	ja	nein
39	Kann sich ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	ja	nein
40	Hat es gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen?	ja	nein
41	Hat ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	ja	nein
42	Legt ihr Kind da Blatt im 90° Winkel vor sich hin?	ja	nein
43	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik und Rechnen?	ja	nein
44	Lässt ihr Kind beim Lesen oder 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	War ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	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 übergebühlich viel?	ja	nein
53	Hat ihr Kind das Krabbeln 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 Probleme 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 Infektionen?	ja	nein
67	Flüchtet sich ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	ja	nein
68	Seht ihr Kind sich 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 Zahnspange?	ja	nein
72	Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen/ Gotischer Gaumen?	ja	nein
73	Hat ihr Kind einen übermäßigen starken Speichelfluss?	ja	nein
74	Hat ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	ja	nein

Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der Lehrkraft ihres Kindes.

Bei mehr als 7 Ja – Antworten ist es sinnvoll durch die Reflexintegrationstrainerin testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind. Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.

Kathrin Hindel 2019

Kinder- und Jugendcoach/Lerncoach/Reflexintegrationstrainer

www.lebensfreude-coaching.com