



Name:

Datum:

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	
12. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	ja	nein	Löwe FLR
13. Ist Ihr Kind übergebühlich 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	Zauberer
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	gr. Klammeraffe
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	HZR
27. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	ja	nein	
28. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	ja	nein	PI+TLR
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	vorwärts
32. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	ja	nein	rückwärts
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	müder Löwe
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	SpG
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	Indianer
55. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	ja	nein	+ Landau

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	Igel
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, "bewegt" sich nicht?	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	Maler
73. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	ja	nein	
74. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	ja	nein	
75. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	ja	nein	

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll einen Termin zur Eingangsbeobachtung mit mir zu vereinbaren. In der Regel sind dann noch frühkindliche Reflexe aktiv, die für die Verhaltens- u. Lernauffälligkeiten verantwortlich sind.

PäPSI Padagogische Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Daniela Lang Telefon: 0151/74549128 oder Email: kontakt@paepsi.de