

Fragebogen Reflexintegration

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12. Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf : Geräusche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13. : Licht / Helligkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14. : Berührung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

17. ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
27. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
28. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
40. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
49. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
52. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
53. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
57. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
59. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
61. Lernt Ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
64. Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
69. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
72. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Das Ergebnis dieses Fragebogens gibt lediglich Hinweise auf bestehende Restreaktionen frühkindlicher Reflexe und stellt in keinem Fall eine Diagnose dar.

Wenn mehr als 7 Fragen mit „Ja“ beantwortet werden können, ist es sinnvoll das Kind auf bestehende Reflexe hin testen zu lassen.