



## **KinFlex Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes**

1	Gab es während der Schwangerschaft Auffälligkeiten körperlichen oder psychischen Ursprungs?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
2	Gab es Komplikationen bei der Geburt? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals? )	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
3	Ist Ihr Kind mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin geboren worden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
4	Kam Ihr Kind durch einen NOT - Kaiserschnitt zur Welt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
5	Wunschkaiserschnitt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
6	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lange?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
7	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
8	Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
9	Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gehemmt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
10	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
11	Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf Geräusche?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
12	Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf Berührung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
13	Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf Helligkeit / Licht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
14	Hat Ihr Kind schnell Angst?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
15	Leidet Ihr Kind unter überdurchschnittlicher Trennungsangst?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
16	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule und zeigt sogar körperliche Symptome (Bauchweh, Übelkeit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
17	Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
18	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
19	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
20	Macht Ihr Kind Mund/Zungen-Bewegungen beim Schreiben oder beißt die Zähne fest zusammen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
21	Spricht Ihr Kind undeutlich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
22	Krallt Ihr Kind die Zehen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
23	Geht Ihr Kind vorwiegend auf Zehenspitzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
24	Stützt Ihr Kind beim Sitzen häufig den Kopf in mindestens eine Hand?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
25	Neigt Ihr Kind eher zum „Lümmeln“ beim Sitzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
26	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
27	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschreiben? (Tafel oder Buch)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
28	Wird Ihrem Kind beim Autofahren schlecht? (Reiseübelkeit)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
29	Schreibt Ihr Kind in Spiegelschrift oder vertauscht die Buchstaben b und d?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
30	Hat Ihr Kind einen schlechten Orientierungssinn?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

31	Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
32	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Schwungübungen/Schreibschrift?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
33	Legt Ihr Kind das Papier/Heft schief vor sich zum Schreiben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
34	Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
35	Kann Ihr Kind Gelesenes schlecht verstehen oder liest es zu langsam?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
36	Hat Ihr Kind über das 5. Lebensjahr hinaus nachts eingenässt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
37	Ist Ihr Kind direkt gelaufen und hat das Krabbeln ausgelassen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
38	Sitzt Ihr Kind auf einem Fuss oder auf beiden Füßen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
39	Schlingt Ihr Kind die Beine beim Sitzen um die Stuhlbeine?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
40	Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
41	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten das Schwimmen zu erlernen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
42	Fällt es Ihrem Kind schwer still zu sitzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
43	Braucht Ihr Kind Routine?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
44	Lässt sich ihr Kind leicht ablenken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
45	Hat Ihr Kind Asthma, Allergien oder ist häufig erkältet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
46	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
47	Hat Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
48	Hat Ihr Kind einen übermäßigen Speichelfluß?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
49	Hat Ihr Kind verhältnismäßig lange Daumen gelutscht / Schnuller genommen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Name Ihres Kindes:

Kindergarten/Schule, Klasse:

---



---

Geburtsdatum:

Datum:

---



---

**Konnten Sie mehr als 5 Fragen mit Ja beantworten**, ist es sinnvoll das wir gemeinsam schauen ob noch Reflexe bei Ihrem Kind aktiv sind. Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.



**DANIELA SCHNEIDER**

KinFlex · Beratung · Seelsorge

**Ich freue mich auf Ihre Kontaktaufnahme**

**Daniela Schneider** KinFlex · Beratung · Seelsorge  
 Dreikönigsstraße 17 · 57482 Wenden  
 Telefon: 0175 - 5113064 · [www.danielaschneider.net](http://www.danielaschneider.net)