Name des Kindes:	**Geb.Datum:**
Kindergarten/Schule/Klasse:	**Datum:**

www.rit-reflexintegration.de

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
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	☐ ja	☐ nein
12. Ist Ihr Kind übergebührlich 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 oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	☐ ja	☐ nein
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	☐ ja	☐ nein
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	☐ ja	☐ nein
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	☐ ja	☐ nein
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	☐ ja	☐ nein
27. Neigt Ihr Kind dazu auf den 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 vorne)?	☐ 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 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 in Spiegelschrift?	☐ ja	☐ nein
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	☐ ja	☐ nein
40. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	☐ ja	☐ nein
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	☐ ja	☐ nein
42.Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	☐ ja	☐ nein
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	☐ ja	☐ nein
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft 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. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	☐ 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 übergebührlich viel?	☐ ja	☐ nein
53. Hat Ihr Kind das Krabblen 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 Schwierigkeiten 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 Infekten?	☐ ja	☐ nein
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	☐ ja	☐ nein
68. Steht sich Ihr Kind 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 Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	☐ ja	☐ nein
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig 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-Anworten ist es sinnvoll durch die RIT-Trainerin/RIT-Trainer testen zu		
lassen ob noch Reflexe aktiv sind. Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme		
Ihres Kindes verantwortlich sein.		
www.rit-reflexintegration.de		