

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

Nr	Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte des Kindes	Ja	Nein
29	Sind die mündlichen Noten generell besser als die schriftlichen?		
30	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Schwungübungen/ Schreibschrift?		
31	Legt Ihr Kind das Papier/ Heft schief vor sich zum Schreiben?		
32	Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?		
33	Kann Ihr Kind Gelesenes schlecht verstehen oder liest es zu langsam?		
34	Hat Ihr Kind länger als bis Ende des fünften Lebensjahres nachts eingenässt?		
35	Ist Ihr Kind generell eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich?		
36	Ist Ihr Kind direkt gelaufen/ hat das Krabbeln ausgelassen?		
37	Sitzt Ihr Kind häufig auf einem oder auf beiden Füßen?		
38	Schlingt Ihr Kind die Beine beim Sitzen um die Stuhlbeine?		
39	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?		
40	Hat/ Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten das Schwimmen zu lernen?		
41	Fällt es Ihrem Kind schwer still zu sitzen?		
42	Braucht Ihr Kind Routine?		
43	Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken?		
44	Hat Ihr Kind Asthma, Allergien oder ist häufig erkältet?		
45	Ist Ihr Kind oft weinerlich?		
46	Hat Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?		
47	Hat Ihr Kind einen übermäßigen Speichelfluss?		
48	Hat Ihr Kind verhältnismäßig lange Daumen gelutscht/ Schnuller genommen?		

Bei mindestens fünf JA- Antworten lohnt es sich, einen Termin zu vereinbaren.

Praxis für Entwicklungsförderung

Miriam Psyk-von Oesen

Buggehorn 2

27711 Osterholz-Scharmbeck

0421 6208 7737

info@fernsehenimkopf.de

