

Name des Kindes: _____
Kindergarten/Klasse: _____

Datum: _____
Geburtsdatum: _____

Ja Nein

1	War ihr Kind eine Kaiserschnittgeburt?	
2	War der Geburtsvorgang stressig für Mutter und Kind?	
3	Gab es wehenfördernde oder Wehen hemmende Maßnahmen?	
4	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	
5	Ist ihr Kind ein Zehen oder Fersengänger?	
6	Reagiert Ihr Kind übergebührlich empfindlich auf:	
	a. Geräusche	
	b. Licht / Helligkeit	
	c. Berührung	
7	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	
8	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	
9	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	
10	Hält Ihr Kind den Stift fest oder verkrampft?	
11	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	
12	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	
13	Schlechte Körper/Sitzhaltung - Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	
14	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	
15	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	
16	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	
17	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	
18	Fragt Ihr Kind oft nach oder fragt oft "was"?	
19	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, Höhenangst oder Schwindel?	
20	Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	
21	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich oder legt dabei Kopf fast auf den Tisch?	
22	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	
23	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	
24	Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	
25	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	
26	Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	
27	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	
28	Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es auffallend viel?	
29	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	
30	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	
31	Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen?	
32	Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	
33	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	
34	Fällt Ihrem Kind das Lernen schwer?	
35	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	
36	Liebt Ihr Kind Routine?	
37	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	
38	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	
39	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	
40	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	
41	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnpfange?	
42	Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Gotischer Gaumen?	
43	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	
44	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	

45	Ist ihr Kind zappelig (vor allem, wenn es auf einem Stuhl mit Lehne sitzt)?		
46	Hat ihr Kind eine schlechte Balance/Koordination?		
47	Hat ihr Kind Sehschwierigkeiten?		
48	Hat ihr Kind eine schlechte Handschrift?		
49	Kann ihr Kind schlecht Augenkontakt halten?		
50	Ihr Kind kann Gefühle schlecht ausdrücken?		
51	Ihr Kind hat eine schlechte Impulskontrolle?		
52	Ihr Kind hat regelmäßig Kopfschmerzen		
53	Ermüdet ihr Kind leicht?		
54	Hat ihr Kind ein geringes Selbstvertrauen / Selbstwert?		
55	Ist ihr Kind kurzatmig?		
56	Hat ihr Kind Koordinationsprobleme?		
57	Ist ihr Kind unordentlich?		
58	Hat ihr Kind eine schlechte räumliche Orientierung?		
59	Hat ihr Kind ein schwaches Immunsystem?		
60	Leidet ihr Kind an Kurzsichtigkeit oder Leseschwäche?		
61	Hat ihr Kind eine schlechte Körperhaltung?		
62	Fehlt es Ihrem Kind an Aufmerksamkeit und kann es sich schlecht konzentrieren?		
63	Ist ihr Kind schüchtern?		
64	Ist ihr Kind motorisch unruhig/hyperaktiv?		
65	Leidet ihr Kind an einer Lese-Rechtschreib-Schwäche / Schlechte Handschrift?		
66	Leidet ihr Kind an Schlafstörungen?		
67	Hat ihr Kind eine Fußfehlstellung und Gangstörungen		
68	Knirscht ihr Kind mit den Zähnen?		
69	Hat ihr Kind Probleme Entscheidungen zu treffen?		
70	Ist ihr Kind ungeduldig?		
71	Ist ihr Kind oft antriebslos?		
72	Fällt es Ihrem Kind schwer sich abzugrenzen und "Nein" zu sagen?		

Bemerkungen:

Senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen bitte an: info@praxis-lindenmayer.de