

ELTERN-FRAGEBOGEN

(für Kinder im Schulalter)

zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation

1. Gab es medizinische Probleme in der Schwangerschaft?	JA ☐	NEIN ☐	
2. Gab es emotionalen Stress in der Schwangerschaft?	JA ☐	NEIN ☐	
3. Wurde Ihr Kind +/-2Wochen von dem errechneten Termin geboten?	JA ☐	NEIN ☐	
4. Gab es Komplikationen im Geburtsverlauf (Saugglocke)?	JA ☐	NEIN ☐	
5. Gab es einen Kaiserschnitt?	JA ☐	NEIN ☐	
6. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lang / kurz?	JA ☐	NEIN ☐	
7. Wurden die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert bzw. gehemmt?	JA ☐	NEIN ☐	
8. Gab es Auffälligkeiten wie Schädelverformungen Nabelschnurverwicklung, blaue Flecken, strake Käseschmiere?	JA ☐	NEIN ☐	
9. War Ihr Baby sehr aktiv und fordernd?	JA ☐	NEIN ☐	
10. Schief es wenig und schrie es oft?	JA ☐	NEIN ☐	
11. Hat oder hatte Ihr Kind Probleme beim Ball fangen?	JA ☐	NEIN ☐	
12. Reagiert es empfindlich auf Geräusche?	JA ☐	NEIN ☐	
13. Reagiert es empfindlich auf Licht/Helligkeit?	JA ☐	NEIN ☐	
14. Reagiert er empfindlich auf unerwartete Bewegungen?	JA ☐	NEIN ☐	
15. Ist Ihr Kind sehr berührungsempfindlich/kitzelig?	JA ☐	NEIN ☐	
16. Handelt Ihr Kind bei Stresssituationen völlig „Kopflös“, hält sich die Ohren zu, läuft weg?	JA ☐	NEIN ☐	
17. Steht Ihr Kind sich mit seinem Verhalten „selbst im Weg“?	JA ☐	NEIN ☐	
18. Will es nicht allein sein/ hat Ihr Kind schnell Angst?	JA ☐	NEIN ☐	
19. Leidet Ihr Kind unter Schulangst oder hat oft Bauchweh vor neuen Situationen?	JA ☐	NEIN ☐	
20. Ist Ihr Kind sehr ängstlich und schreckhaft?	JA ☐	NEIN ☐	
21. Leidet es unter überdurchschnittlicher Trennungsangst?	JA ☐	NEIN ☐	
22. Hat Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten/ist leicht ablenkbar?	JA ☐	NEIN ☐	
23. Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend, geringe Frustrationstoleranz?	JA ☐	NEIN ☐	
24. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten Kritik anzunehmen?	JA ☐	NEIN ☐	
25. Hat Ihr Kind eine Tendenz zum Schielen?	JA ☐	NEIN ☐	
26. Hat das Kind Probleme mit Autorität?	JA ☐	NEIN ☐	
27. Ist Ihr Kind nachtragend und kann schlecht verzeihen?	JA ☐	NEIN ☐	
28. Fällt es Ihrem Kind schwer mit mehreren Kindern zuspähen, sich zu integrieren?	JA ☐	NEIN ☐	
29. Zeigt Ihr Kind provokatives/ aggressives Verhalten?	JA ☐	NEIN ☐	
30. Schämt sich Ihr Kind oft?	JA ☐	NEIN ☐	
31. Flüchtet Ihr Kind in eine Fantasiewelt?	JA ☐	NEIN ☐	
32. Vermeidet Ihr Kind direkten Blickkontakt (flüchtiger Blick)?	JA ☐	NEIN ☐	
33. Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken?	JA ☐	NEIN ☐	
34. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	JA ☐	NEIN ☐	
35. Gab es in den ersten 18 Lebensmonaten Krankheiten, die mit hohem Fieber verbunden waren?	JA ☐	NEIN ☐	
36. Hatte Ihr Kind öfters Infektionen im HNO-Bereich?	JA ☐	NEIN ☐	
37. Leidet Ihr Kind unter Hautproblemen?	JA ☐	NEIN ☐	
38. Hat ihr Kind Asthma?	JA ☐	NEIN ☐	
39. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?	JA ☐	NEIN ☐	

40. Mag Ihr Kind einen geplanten Tagesablauf und Struktur?	JA ☐	NEIN ☐	
41. Hat Ihr Kind besonders früh (vor 12 Monaten) oder später (nach 15 Monaten) laufen gelernt?	JA ☐	NEIN ☐	
42. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	JA ☐	NEIN ☐	
43. Dauerte es über 4 Monate, bis es seinen Kopf hochhalten konnte?	JA ☐	NEIN ☐	
44. Hat/te es Schwierigkeiten Brustschwimmen zu lernen?	JA ☐	NEIN ☐	
45. Tauchte es lieber (Kopf-unter-schwimmen) als den Kopf oben zu halten?	JA ☐	NEIN ☐	
46. Hat Ihr Kind einen eher steifen Gang?	JA ☐	NEIN ☐	
47. Hat Ihr Kind sich nur schwer und mit Unterstützung auf den Bauch gedreht?	JA ☐	NEIN ☐	
48. Leidet Ihr Kind unter Höhenangst?	JA ☐	NEIN ☐	
49. Schreibt Ihr Kind seinen Namen und die ersten Worte in Spiegelschrift?	JA ☐	NEIN ☐	
50. Ist Ihr Kind ständig in Bewegung?	JA ☐	NEIN ☐	
51. Fährt es ungerne Karussell/Schiffsschaukel o.ä.?	JA ☐	NEIN ☐	
52. Eckt Ihr Kind öfter an oder stolpert/ wirft leicht etwas um?	JA ☐	NEIN ☐	
53. Geht Ihr Kind die Treppen alternierend? (berührt jede Stufe mit beiden Füßen)	JA ☐	NEIN ☐	
54. Läuft Ihr Kind auf unebenem Boden unsicher? (ohne Stützräder)	JA ☐	NEIN ☐	
55. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten Fahrradfahren zu lernen?	JA ☐	NEIN ☐	
56. Braucht Ihr Kind lange für eine Aufgabe (unorganisiert, vergesslich)	JA ☐	NEIN ☐	
57. Hat Ihr Kind noch Probleme mit rechts und links?	JA ☐	NEIN ☐	
58. Stößt häufiger andere Kinder oder fühlt sich von ihnen gestoßen?	JA ☐	NEIN ☐	
59. Trödeln Ihr Kind oft und neigt zu Tagträumen?	JA ☐	NEIN ☐	
60. Geht Ihr Kind überwiegend auf Zehenspitzen?	JA ☐	NEIN ☐	
61. Schläft Ihr Kind in Bauchlage auf den Armen/Händen?	JA ☐	NEIN ☐	
62. Ist Ihr Kind tollpatschig, Stößt es überall an?	JA ☐	NEIN ☐	
63. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	JA ☐	NEIN ☐	
64. Bereiten Ihrem Kind Textaufgaben größere Schwierigkeiten als Rechenaufgaben?	JA ☐	NEIN ☐	
65. Hat es Schwierigkeiten die Uhrzeit analog abzulesen bzw. sich insgesamt in der Zeit (Wochentage, Monate etc.) zurecht zu finden?	JA ☐	NEIN ☐	
66. Schreibt Ihr Kind in Spiegelschrift oder vertauscht es Buchstaben b und d?	JA ☐	NEIN ☐	
67. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel oder aus Büchern?	JA ☐	NEIN ☐	
68. Vergisst Ihr Kind oft etwas und wirkt unorganisiert und etwas schusselig?	JA ☐	NEIN ☐	
69. Fragt Ihr Kind oft nach & vergewissert sich?	JA ☐	NEIN ☐	
70. Hat Ihr Kind einen schlechten Orientierungssinn, verläuft sich leicht?	JA ☐	NEIN ☐	
71. Legt Ihr Kind das Papier schief vor sich zum Malen oder dreht es dieses beim Malen?	JA ☐	NEIN ☐	
72. Wirft es am Tisch häufig etwas um?	JA ☐	NEIN ☐	
73. Kann Ihr Kind Gelesenes schlecht verstehen oder liest es zu langsam?	JA ☐	NEIN ☐	
74. Überstreckt Ihr Kind beim Abstützen sein Ellenbogen?	JA ☐	NEIN ☐	
75. Verdreht Ihr Kind beim Krabbeln die Hände nach außen oder krabbelt oder stützt sich im „Pfötchengriff“ ab?	JA ☐	NEIN ☐	
76. Besteht ein Verkürzter Lese/Schreibabstand?	JA ☐	NEIN ☐	
77. Benutzt Ihr Kind bei Lesen gerne ein Lineal/Finer o.ä.?	JA ☐	NEIN ☐	
78. Verliert es beim Lesen leicht die Zeile/lässt ganze Zeilen/ Wörter aus?	JA ☐	NEIN ☐	
79. Liest Ihr Kind mehrfach das Gleiche, um den Sinn zu verstehen?	JA ☐	NEIN ☐	

80. Ist das Schriftbild Ihres Kindes unregelmäßig, Schrift wird schlechter, beginnt zu schwimmen, Buchstaben tanzen o.ä.?	JA ☐	NEIN ☐	
81. Nässte Ihr Kind lange ein (länger als bis zum 5 LJ.)?	JA ☐	NEIN ☐	
82. Hat Ihr Kind Probleme still zu sitzen und wird oft ermahnt?	JA ☐	NEIN ☐	
83. Stört Ihr Kind enge Kleidung/Nähte der Kleidung?	JA ☐	NEIN ☐	
84. „Schwatz“ Ihr Kind gerne und viel?	JA ☐	NEIN ☐	
85. Saß oder sitzt Ihr Kind oft im W Haltung oder schlingt seine Beine um die Stuhlbeine?	JA ☐	NEIN ☐	
86. Sitzt Ihr Kind gerne mit unterschlagenen Beinen da?	JA ☐	NEIN ☐	
87. Hängt Ihr Kind eher über dem Tisch, als dass es gerade sitzt, z.B. beim Malen?	JA ☐	NEIN ☐	
88. Muss es den Kopf oft in den Händen aufstützen?	JA ☐	NEIN ☐	
89. Kann Ihr Kind im Kreuzgang krabbeln?	JA ☐	NEIN ☐	
90. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf/Oberkörper nach hinten und die Beine strecken sich nach vorne?	JA ☐	NEIN ☐	
91. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben von Diktaten?	JA ☐	NEIN ☐	
92. Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?	JA ☐	NEIN ☐	
93. Neigt Ihr Kind eher zum „Lümmeln“ beim Sitzen?	JA ☐	NEIN ☐	
94. Hat Ihr Kind sehr dünne Oberarme?	JA ☐	NEIN ☐	
95. Hat Ihr Kind Probleme beim Ausschneiden oder mag kleinteilige Arbeiten nicht?	JA ☐	NEIN ☐	
96. Ermüdet Ihr Kind schnell bei graphomotorischen Tätigkeiten?	JA ☐	NEIN ☐	
97. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Schwungübungen / Nachzeichnen?	JA ☐	NEIN ☐	
98. Drückt Ihr Kind beim Malen den Stift sehr stark auf?	JA ☐	NEIN ☐	
99. Lläuft Ihr Kind seine Schuhe ungleichmäßig ab?	JA ☐	NEIN ☐	
100. Krallt Ihr Kind die Zehen?	JA ☐	NEIN ☐	
101. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein beim Laufen?	JA ☐	NEIN ☐	
102. Hat Ihr Kind Löcher in den Socken, beim goßen Zeh?	JA ☐	NEIN ☐	
103. Läuft Ihr Kind auf der Innen- oder Außenkante des Fußes?	JA ☐	NEIN ☐	
104. Zeigt Ihr Kind eine umständliche Methode sich die Socken/ Schuhe anzuziehen?	JA ☐	NEIN ☐	
105. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen (im Schlaf) oder hat es Zahnfehlstellungen?	JA ☐	NEIN ☐	
106. Hat Ihr Kind Probleme in der Sprachentwicklung?	JA ☐	NEIN ☐	
107. Lutschte Ihr Kind sehr lange am Daumen?	JA ☐	NEIN ☐	
108. Nimmt Ihr Kind Dinge in den Mund, z.B. kauen auf dem Stift, Ärmel, Kragen, Bänder vom Pullover, Spielzeug etc.?	JA ☐	NEIN ☐	
109. Gibt es eine Geschichte mit Kopfverletzungen?	JA ☐	NEIN ☐	
110. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Stillen oder Trinken?	JA ☐	NEIN ☐	
111. Hat Ihr Kind viel gespuckt?	JA ☐	NEIN ☐	
112. Krabbelt(e) im Faustgriff/Tigergriff, die Füße sind angehoben?	JA ☐	NEIN ☐	
113. Hält Ihr Kind die Ärmelenden fest bzw. wird der Ärmel über die Handinnenfläche gezogen?	JA ☐	NEIN ☐	
114. Schaut die Zungenspitze aus dem Mund oder ist das „Kauen“ der Zunge zu beobachten, wenn sich das Kind anstrengt oder sich konzentriert?	JA ☐	NEIN ☐	
115. Hat Ihr Kind oft die Hand zur Faust geballt?	JA ☐	NEIN ☐	
116. Spricht Ihr Kind undeutlich?	JA ☐	NEIN ☐	
117. Besteht ein Verdacht auf ADS/ADHS?	JA ☐	NEIN ☐	
118. Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	JA ☐	NEIN ☐	

Wie ist das Verhalten Ihres Kindes zu Hause?

Was erhoffen, erwarten Sie sich von dem Training für Ihr Kind?
