

ELTERN-FRAGEBOGEN

(für Kinder im Vorschulalter)

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 Kita-Angst 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 zuzuspielen, 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.	Hatt/e 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/Schiffschaukel 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.	Trödelt 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.	Legt Ihr Kind das Papier schief vor sich zum Malen oder dreht es dieses beim Malen?	JA ☐	NEIN ☐
65.	Wirft es am Tisch häufig etwas um?	JA ☐	NEIN ☐
66.	Überstreckt Ihr Kind beim Abstützen sein Ellenbogen?	JA ☐	NEIN ☐
67.	Verdreht Ihr Kind beim Krabbeln die Hände nach außen oder krabbelt oder stützt sich im „Pfötchengriff“ ab?	JA ☐	NEIN ☐
68.	Nässte Ihr Kind lange ein (länger als bis zum 5 LJ.)?	JA ☐	NEIN ☐
69.	Hat Ihr Kind Probleme still zu sitzen und wird oft ermahnt?	JA ☐	NEIN ☐
70.	Stört Ihr Kind enge Kleidung/Nähte der Kleidung?	JA ☐	NEIN ☐
71.	„Schwatz“ Ihr Kind gerne und viel?	JA ☐	NEIN ☐
72.	Saß oder sitzt Ihr Kind oft im W Haltung oder schlingt seine Beine um die Stuhlbeine?	JA ☐	NEIN ☐
73.	Sitzt Ihr Kind gerne mit unterschlagenen Beinen da?	JA ☐	NEIN ☐
74.	Hängt Ihr Kind eher über dem Tisch, als dass es gerade sitzt, z.B. beim Malen?	JA ☐	NEIN ☐
75.	Muss es den Kopf oft in den Händen aufstützen?	JA ☐	NEIN ☐
76.	Kann Ihr Kind im Kreuzgang krabbeln?	JA ☐	NEIN ☐
77.	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf/Oberkörper nach hinten und die Beine strecken sich nach vorne?	JA ☐	NEIN ☐
78.	Hat Ihr Kind sehr dünne Oberarme?	JA ☐	NEIN ☐
79.	Hat Ihr Kind Probleme beim Ausschneiden oder mag kleinteilige Arbeiten nicht?	JA ☐	NEIN ☐
80.	Ermüdet Ihr Kind schnell bei graphomotorischen Tätigkeiten?	JA ☐	NEIN ☐
81.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Schwungübungen / Nachzeichnen?	JA ☐	NEIN ☐
82.	Drückt Ihr Kind beim Malen den Stift sehr stark auf?	JA ☐	NEIN ☐
83.	Läuft Ihr Kind seine Schuhe ungleichmäßig ab?	JA ☐	NEIN ☐
84.	Krallt Ihr Kind die Zehen?	JA ☐	NEIN ☐
85.	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein beim Laufen?	JA ☐	NEIN ☐
86.	Hat Ihr Kind Löcher in den Socken, beim großen Zeh?	JA ☐	NEIN ☐
87.	Läuft Ihr Kind auf der Innen- oder Außenkante des Fußes?	JA ☐	NEIN ☐
88.	Zeigt Ihr Kind eine umständliche Methode sich die Socken/ Schuhe anzuziehen?	JA ☐	NEIN ☐
89.	Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen (im Schlaf) oder hat es Zahnfehlstellungen?	JA ☐	NEIN ☐
90.	Hat Ihr Kind Probleme in der Sprachentwicklung?	JA ☐	NEIN ☐
91.	Lutschte Ihr Kind sehr lange am Daumen?	JA ☐	NEIN ☐

92. Nimmt Ihr Kind Dinge in den Mund, z.B. kauen auf dem Stift, Ärmel, Kragen, Bänder vom Pullover, Spielzeug etc.?	JA ☐	NEIN ☐
93. Gibt es eine Geschichte mit Kopfverletzungen?	JA ☐	NEIN ☐
94. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Stillen oder Trinken?	JA ☐	NEIN ☐
95. Hat Ihr Kind viel gespuckt?	JA ☐	NEIN ☐
96. Krabbelt(e) im Faustgriff/Tigergriff, die Füße sind angehoben?	JA ☐	NEIN ☐
97. Hält Ihr Kind die Ärmelenden fest bzw. wird der Ärmel über die Handinnenfläche gezogen?	JA ☐	NEIN ☐
98. Schaut die Zungenspitze aus dem Mund oder ist das „Kauen“ der Zunge zu beobachten, wenn sich das Kind anstrengt oder sich konzentriert?	JA ☐	NEIN ☐
99. Hat Ihr Kind oft die Hand zur Faust geballt?	JA ☐	NEIN ☐
100. Spricht Ihr Kind undeutlich?	JA ☐	NEIN ☐
101. Besteht ein Verdacht auf ADS/ADHS?	JA ☐	NEIN ☐
102. 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?
