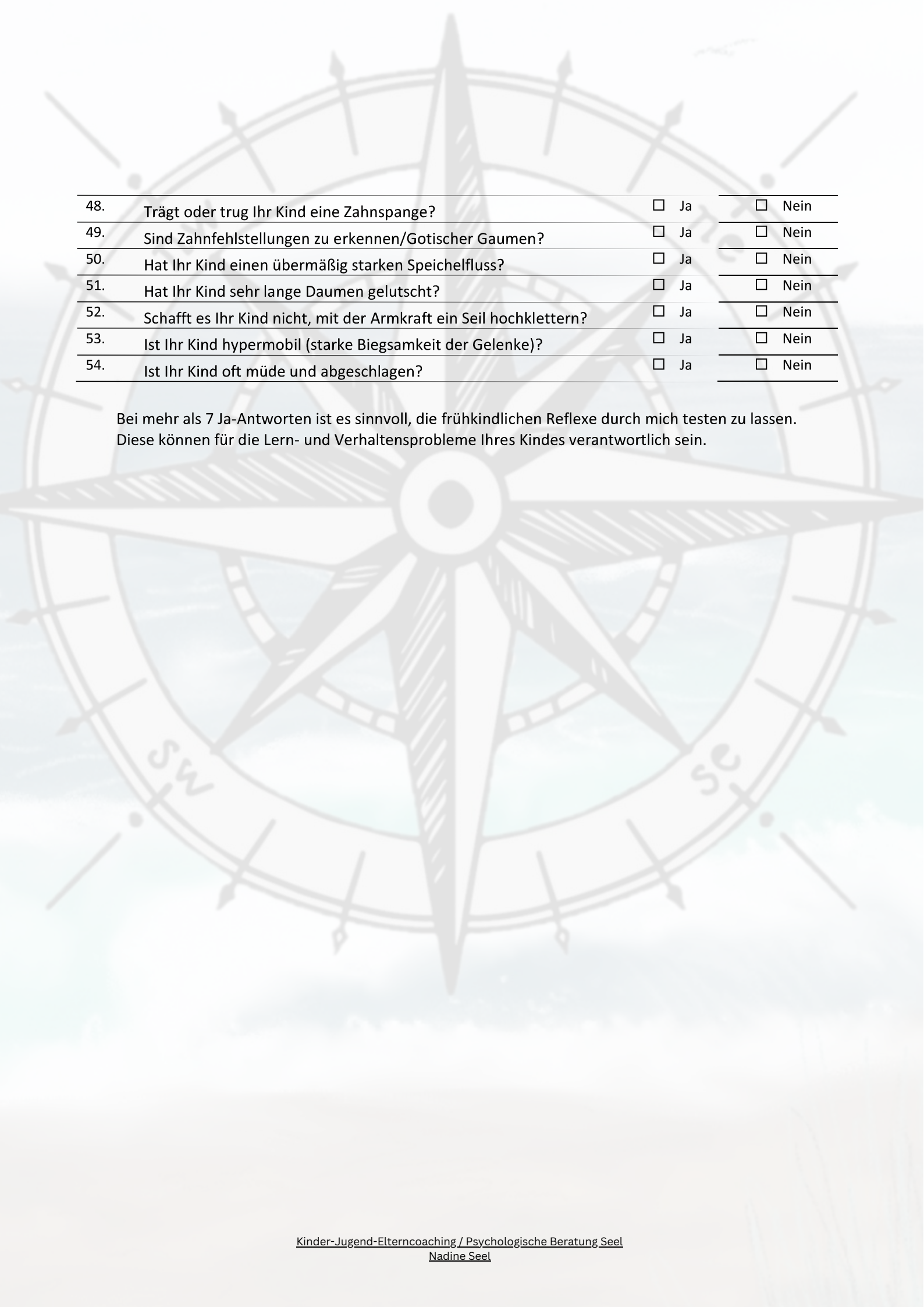


Fragebogen Reflexintegration

1.	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.	Ist Ihr Kind sehr empfindlich auf Geräusche? Licht/Helligkeit? Berührung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
3.	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich? Wenn ja, wie äußert es sich:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	Vermeidet ihr Kind Blickkontakt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen? Wenn ja, war er/sie schon mal in Behandlung und wo?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.	Fällt es Ihrem Kind schwer, eine Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9.	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10.	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11.	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben und ermüdet es dabei schnell?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13.	Spricht Ihr Kind (eher) undeutlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14.	Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15.	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
16.	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
17.	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten – Beine nach vorne?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
18.	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
19.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
20.	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
21.	Fragt ihr Kind oft nach, oder sagt oft „was“?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
22.	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. wird ihm/ihr schlecht beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
23.	Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt es in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

24.	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
25.	Hat es ein gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
26.	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibrift)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
27.	Liegt beim Schreiben das Blatt sehr stark gedreht auf dem Tisch oder dreht ihr Kind den Körper vom Tisch weg?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
28.	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen? Wenn ja, was genau?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
29.	Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
30.	Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
31.	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? Wenn ja, wie äußert es sich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
32.	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
33.	Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt? Wenn ja, was wurde schon therapeutisch probiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
34.	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
35.	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst etwas?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
36.	Hat ihr Kind das Krabbeln ausgelassen oder ist „anders“ gekrabbelt? Wenn ja, wie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
37.	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
38.	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
39.	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
40.	Hat/te Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
41.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
42.	Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
43.	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
44.	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
45.	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
46.	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
47.	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren? Wenn ja: wie lange kann sich Ihr Kind am Stück konzentrieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



48.	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
49.	Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen/Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
50.	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
51.	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
52.	Schafft es Ihr Kind nicht, mit der Armkraft ein Seil hochklettern?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
53.	Ist Ihr Kind hypermobil (starke Biegsamkeit der Gelenke)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
54.	Ist Ihr Kind oft müde und abgeschlagen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll, die frühkindlichen Reflexe durch mich testen zu lassen.
Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.