



Fragebogen zur Reflexintegration

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Name der ausfüllenden Person: _____ Alter: _____

- ☐ Leibliche Mutter ☐ Leiblicher Vater ☐ Beide zusammen
☐ Pflege- / Adoptivmutter ☐ Pflege- / Adoptivvater ☐ Beide zusammen
☐ Andere Person: _____

Fragen zur Schwangerschaft und zur Geburt

1	Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	☐ Ja	☐ Nein
2	Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	☐ Ja	☐ Nein
3	Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	☐ Ja	☐ Nein
4	Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	☐ Ja	☐ Nein
5	Gab es einen Notkaiserschnitt?	☐ Ja	☐ Nein
6	Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	☐ Ja	☐ Nein
7	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	☐ Ja	☐ Nein
8	Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	☐ Ja	☐ Nein
9	War die Geburt eine Beckenendlage?	☐ Ja	☐ Nein

Fragen zu Entwicklung, Motorik und Lernverhalten des Kindes

10	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	☐ Ja	☐ Nein
11	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	☐ Ja	☐ Nein
12	Reagiert Ihr Kind übermäßig empfindlich auf Geräusche?	☐ Ja	☐ Nein
13	Reagiert Ihr Kind übermäßig empfindlich auf Licht / Helligkeit?	☐ Ja	☐ Nein
14	Reagiert Ihr Kind übermäßig empfindlich auf Berührung?	☐ Ja	☐ Nein
15	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	☐ Ja	☐ Nein
16	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	☐ Ja	☐ Nein
17	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Diktaten?	☐ Ja	☐ Nein
18	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	☐ Ja	☐ Nein
19	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	☐ Ja	☐ Nein
20	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	☐ Ja	☐ Nein
21	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	☐ Ja	☐ Nein

22	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	☐ Ja	☐ Nein
23	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	☐ Ja	☐ Nein
24	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	☐ Ja	☐ Nein
25	Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, ballt es dann die Hände zu Fäusten?	☐ Ja	☐ Nein
26	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	☐ Ja	☐ Nein
27	Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen?	☐ Ja	☐ Nein
28	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	☐ Ja	☐ Nein
29	Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	☐ Ja	☐ Nein
30	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	☐ Ja	☐ Nein
31	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	☐ Ja	☐ Nein
32	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	☐ Ja	☐ Nein
33	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	☐ Ja	☐ Nein
34	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	☐ Ja	☐ Nein
35	Fragt Ihr Kind oft nach oder sagt oft "was"?	☐ Ja	☐ Nein
36	Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	☐ Ja	☐ Nein
37	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	☐ Ja	☐ Nein
38	Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	☐ Ja	☐ Nein
39	Fällt es Ihrem Kind schwer, sich in einem Raum orientieren?	☐ Ja	☐ Nein
40	Hat es gutes mündliches Wissen, welches aber nicht aufs Papier gebracht werden kann?	☐ Ja	☐ Nein
41	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	☐ Ja	☐ Nein
42	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	☐ Ja	☐ Nein
43	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	☐ Ja	☐ Nein
44	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	☐ Ja	☐ Nein
45	Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	☐ Ja	☐ Nein
46	Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Linie einzuhalten?	☐ Ja	☐ Nein
47	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	☐ Ja	☐ Nein

48	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	☐ Ja	☐ Nein
49	Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	☐ Ja	☐ Nein
50	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	☐ Ja	☐ Nein
51	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	☐ Ja	☐ Nein
52	Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es ungewöhnlich viel?	☐ Ja	☐ Nein
53	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	☐ Ja	☐ Nein
54	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	☐ Ja	☐ Nein
55	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	☐ Ja	☐ Nein
56	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	☐ Ja	☐ Nein
57	Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	☐ Ja	☐ Nein
58	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	☐ Ja	☐ Nein
59	Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	☐ Ja	☐ Nein
60	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, über längere Zeit still zu sitzen?	☐ Ja	☐ Nein
61	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Lernen?	☐ Ja	☐ Nein
62	Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	☐ Ja	☐ Nein
63	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	☐ Ja	☐ Nein
64	Liebt Ihr Kind Routine?	☐ Ja	☐ Nein
65	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	☐ Ja	☐ Nein
66	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	☐ Ja	☐ Nein
67	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	☐ Ja	☐ Nein
68	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	☐ Ja	☐ Nein
69	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	☐ Ja	☐ Nein
70	Fällt es Ihrem Kind schwer, sich zu konzentrieren?	☐ Ja	☐ Nein
71	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	☐ Ja	☐ Nein
72	Sind Zahnfehlstellung zu erkennen (z.B. Gotischer Gaumen)?	☐ Ja	☐ Nein
73	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	☐ Ja	☐ Nein
74	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	☐ Ja	☐ Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!