

# Fragebogen RIT



- 
- |     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1.  | Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme? Mussten Sie Medikamente nehmen (z.B. Schwangerschaftsdiabetes)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2.  | Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3.  | Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4.  | Wurde Ihr Kind zu früh geboren?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5.  | Gab es einen Notkaiserschnitt?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6.  | Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7.  | War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8.  | Gab es wehenfördernde (Einleitung der Geburt) oder wehenhemmende Massnahmen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9.  | War die Geburt eine Beckenendlage?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. | Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. | Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 12. | Ist Ihr Kind sehr empfindlich auf Geräusche?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 13. | Ist Ihr Kind sehr empfindlich auf Licht/Helligkeit?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 14. | Ist Ihr Kind sehr empfindlich auf Berührung?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 15. | Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 16. | Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 17. | Ist Ihr Kind schlecht im Diktat   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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 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 die Zähne zusammen?  Ja  Nein
- 
23. Drückt Ihr Kind bei Gebrauch den Stift sehr stark auf?  Ja  Nein
- 
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu Schreiben, ermüdet es schnell?  Ja  Nein
- 
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und den Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?  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 die 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 langsam?  Ja  Nein
- 
35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt „was“?  Ja  Nein
- 
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?  Ja  Nein
- 
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. Schlecht werden im Auto?  Ja  Nein
-

- 
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt Spiegelschrift?  Ja  Nein
- 
39. Kann sich Ihr Kind schlecht im Raum orientieren?  Ja  Nein
- 
40. Hat es ein gutes mündliches Wissen, kann dieses aber nicht auf das Papier bringen?  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 oft Buchstaben oder Wörter aus?  Ja  Nein
- 
45. Ist Ihr Kind schnell reizbar oder wütend?  Ja  Nein
- 
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linien einzuhalten?  Ja  Nein
- 
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam/fehlendes Leseverständnis)  Ja  Nein
- 
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?  Ja  Nein
- 
49. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren Bettnässer?  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 zu Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich 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 die Beine um die Stuhlbeine?  Ja  Nein
- 
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?  Ja  Nein
- 
57. Hat Ihr Kind Probleme Schwimmen zu lernen, v.a. beim Brustschwimmen?  Ja  Nein
-

- 
- |     |  |                             |                               |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 58. | Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 59. | Hat Ihr Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 60. | Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |                          |                             |                               |
|-----|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 61. | Lernt Ihr Kind schlecht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |  |                             |                               |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 62. | Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |                                      |                             |                               |
|-----|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 63. | Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |                         |                             |                               |
|-----|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 64. | Liebt Ihr Kind Routine? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |                                |                             |                               |
|-----|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 65. | Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |  |                             |                               |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 66. | Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |  |                             |                               |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 67. | Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |  |                             |                               |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 68. | Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |                              |                             |                               |
|-----|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 69. | Ist Ihr Kind oft weinerlich? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |  |                             |                               |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 70. | Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 71. | Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |                                      |                             |                               |
|-----|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 72. | Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 73. | Hat oder hatte Ihr Kind übermässig starken Speichelfluss? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
- 
- |     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 74. | Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
- 

Besprechen Sie den Fragebogen bitte unbedingt auch mit der Lehrkraft Ihres Kindes.

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.

*Vielen Dank für die detaillierten Informationen. Ich freue mich sehr, Sie und Ihr Kind schon bald persönlich kennenlernen zu dürfen. Ihre Unterstützung und Mithilfe ist enorm wichtig und massgebend für den Erfolg der Behandlung!*