

Datenblatt



Vorname / Name des Kindes

Geschlecht

Alter

Geburtsdatum

Strasse / Nr

PLZ / Ort

Telefon

Natel

Email

Vorname / Name der Mutter

Vorname / Name des Vaters

Vornamen der Geschwister

Familienstand der Eltern

Konfession

Bedeutung der Religion

Wie bist du auf mich aufmerksam geworden?

Welches Anliegen möchtest du lösen?

Kennen du dieses oder ein ähnliches Thema bei dir selbst?

Hast du bereits etwas unternommen um das Problem zu lösen/lindern und was war das Ergebnis?

Ist oder war dein Kind in der letzten Zeit in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch, psychisch oder körperlich)?

Litt oder leidet dein Kind unter einer Langzeiterkrankung?

War dein Kind jemals in Behandlung wegen Herzproblemen, Diabetes, Epilepsie, Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien?

Nimmt dein Kind derzeit Medikamente ein?

Leidet dein Kind unter Schlafstörungen?

Gab es schwerwiegende Ereignisse oder traumatische Erlebnisse im Leben deines Kindes (Probleme in der Schwangerschaft oder Kindheit, Schocks, Unfälle, Krankheiten oder Todesfälle in der Familie)?

Welche Hobbies und Interessen hat dein Kind?

Gibt es irgendwelche Helden oder Vorbilder für dein Kind?

Was sind die Stärken deines Kindes, was kann es besonders gut?

Welche Aufgaben/Tätigkeiten fallen deinem Kind schwer?

1.	Hattest du während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme? Musstest du Medikamente nehmen (z.B. Schwangerschaftsdiabetes)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.	Musstest du 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 dein 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 dein 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 dein Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11.	Steht dein Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.	Ist dein Kind sehr empfindlich auf Geräusche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13.	Ist dein Kind sehr empfindlich auf Licht/Helligkeit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14.	Ist dein Kind sehr empfindlich auf Berührung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15.	Ist dein Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
16.	Leidet dein Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
17.	Ist dein Kind schlecht im Diktat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
18.	Hat dein Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen/ Übelkeit etc)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
19.	Leidet dein Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
20.	Fällt es deinem Kind schwer eine Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

-
21. Hält dein Kind den Stift verkrampft? Ja Nein
-
22. Macht dein Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst die Zähne zusammen? Ja Nein
-
23. Drückt dein Kind bei Gebrauch den Stift sehr stark auf? Ja Nein
-
24. Hat dein Kind wenig Lust zu Schreiben, ermüdet es schnell? Ja Nein
-
25. Wenn sich dein Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und den Kopf anhebt, faustet es dann die Hände? Ja Nein
-
26. Spricht dein Kind eher undeutlich? Ja Nein
-
27. Neigt dein Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen? Ja Nein
-
28. Rollt dein Kind die Zehen immer wieder ein? Ja Nein
-
29. Zieht dein Kind die Strümpfe und Schuhe umständlich an? Ja Nein
-
30. Stützt dein Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände? Ja Nein
-
31. Räkelt und streckt sich dein Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten – Beine nach vorne)? Ja Nein
-
32. Hat dein Kind Gleichgewichtsprobleme? Ja Nein
-
33. Hat dein Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben? Ja Nein
-
34. Arbeitet dein Kind eher langsam? Ja Nein
-
35. Fragt dein Kind oft nach, oder sagt „was“? Ja Nein
-
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend? Ja Nein
-
37. Leidet dein Kind an Reiseübelkeit, z.B. Schlecht werden im Auto? Ja Nein
-
38. Verdreht dein Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt Spiegelschrift? Ja Nein
-
39. Kann sich dein 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 dein Kind Schreibschwierigkeiten (v.a. bei der Schreibrift)? Ja Nein
-
42. Legt dein 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 dein Kind oft Buchstaben oder Wörter aus? Ja Nein
-
45. Ist dein Kind schnell reizbar oder wütend? Ja Nein
-
46. Fällt es deinem Kind schwer beim Schreiben die Linien einzuhalten? Ja Nein
-
47. Hat dein Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam/fehlendes Leseverständnis) Ja Nein
-
48. Hat dein Kind einen schiefen Gang? Ja Nein
-
49. War dein Kind über das Alter von 5 Jahren Bettnässer? Ja Nein
-
50. Mag dein Kind keine enge Kleidung? Ja Nein
-
51. Wirkt dein Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas? Ja Nein
-
52. Neigt es zu Schwatthaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel? Ja Nein
-
53. Hat dein Kind das Krabbeln ausgelassen? Ja Nein
-
54. Sitzt dein Kind gerne auf einem oder beiden Füßen? Ja Nein
-
55. Schlingt dein Kind beim Schreiben die Beine um die Stuhlbeine? Ja Nein
-
56. Hat dein Kind Probleme einen Ball zu fangen? Ja Nein
-
57. Hat dein Kind Probleme Schwimmen zu lernen, vor allem beim Brustschwimmen? Ja Nein
-
58. Schaut dein Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)? Ja Nein
-
59. Hat dein Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)? Ja Nein
-
60. Hat dein Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen? Ja Nein
-

61. Lernt dein Kind schlecht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
62. Schreibt dein Kind zu langsam von der Tafel ab?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
63. Ermüdet dein Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
64. Liebt dein Kind Routine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
65. Ist dein Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
66. Leidet dein Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
67. Flüchtet sich dein Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
68. Steht sich dein Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
69. Ist dein Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
70. Kann sich dein Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<hr/>		
71. Trägt oder trug dein 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 dein Kind übermässig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
74. Hat dein Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bespreche den Fragebogen wenn möglich bitte auch mit der Lehrkraft deines 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 deines Kindes verantwortlich sein.

Vielen Dank für die detaillierten Informationen. Ich freue mich sehr, dich und dein Kind schon bald persönlich kennenlernen zu dürfen.

Deine Unterstützung und Mithilfe ist enorm wichtig und massgebend für den Erfolg des Trainings!