

Fragebogen RIT



Vorname / Name des Kindes

Geburtsdatum

-
1. Hattest du während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme? Musstest du Medikamente nehmen (z.B. Schwangerschaftsdiabetes)? Ja Nein
-
2. Musstest du 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 dein Kind zu früh geboren? Ja Nein
-
5. Gab es einen Notkaiserschnitt? Ja Nein
-
6. Wurde dein Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren? Ja Nein
-
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang? Ja Nein
-
8. Gab es wehenfördernde (Einleitung der Geburt) oder wehenhemmende Massnahmen? Ja Nein
-
9. War die Geburt eine Beckenendlage? Ja Nein
-
10. Lag dein Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken? Ja Nein
-
11. Steht dein Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da? Ja Nein
-
12. Ist dein Kind sehr empfindlich auf Geräusche? Ja Nein
-
13. Ist dein Kind sehr empfindlich auf Licht/Helligkeit? Ja Nein
-
14. Ist dein Kind sehr empfindlich auf Berührung? Ja Nein
-
15. Ist dein Kind überdurchschnittlich ängstlich? Ja Nein
-

-
16. Leidet dein Kind unter Trennungsangst? Ja Nein
-
17. Ist dein Kind schlecht im Diktat Ja Nein
-
18. Hat dein Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen/ Übelkeit etc)? Ja Nein
-
19. Leidet dein Kind unter Nackenverspannungen? Ja Nein
-
20. Fällt es deinem Kind schwer eine Faust zu machen? Ja 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
38.	Verdreht dein Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
39.	Kann sich dein Kind schlecht im Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
40.	Hat es ein gutes mündliches Wissen, kann dieses aber nicht auf das Papier bringen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
41.	Hat dein Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
42.	Legt dein Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
43.	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
44.	Lässt dein Kind oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
45.	Ist dein Kind schnell reizbar oder wütend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
46.	Fällt es deinem Kind schwer beim Schreiben die Linien einzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
47.	Hat dein Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam/fehlendes Leseverständnis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
48.	Hat dein Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
49.	War dein Kind über das Alter von 5 Jahren Bettnässer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
50.	Mag dein Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
51.	Wirkt dein Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
52.	Neigt es zu Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebühlich viel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
53.	Hat dein Kind das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
54.	Sitzt dein Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
55.	Schlingt dein Kind beim Schreiben die Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
56.	Hat dein Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

57.	Hat dein Kind Probleme Schwimmen zu lernen, v.a. beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
58.	Schaut dein Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
59.	Hat dein Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
60.	Hat dein Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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
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 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!