

Name des Kindes:	
Adresse:	
Alter:	

Liebe Eltern, Sie haben den Fragebogen heruntergeladen, um kostenlos und unverbindlich überprüfen zu lassen, ob Ihr Kind eventuell noch frühkindliche Reflexe aktiv hat. Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem sie bei "Ja" oder "Nein" ein "x" einfügen. Falls Sie noch eine Bemerkung zu der Frage haben, können sie diese kurz unter Bemerkung hinzufügen. Bestenfalls schicken Sie diese Datei ausgefüllt per Email an Kornelia Hanl (hanl@neurodiver.at) zurück. Sie werden dann zeitnah eine Auswertung mit einer Empfehlung bekommen. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können, (eventuell weil das Kind noch zu jung für die Tätigkeit ist) lassen Sie die Frage einfach aus und setzten bitte kein "x".

			Bemerkung (optional)
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? (z.B. 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 geplanten Kaiserschnitt 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
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.	Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf Geräusche?	Ja	Nein
13.	Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf Licht / Helligkeit?	Ja	Nein
14.	Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf Berührung?	Ja	Nein
15.	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	Ja	Nein
16.	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	Ja	Nein
17.	Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	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 oder ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	Ja	Nein
25.	Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und 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.	Hat Ihr Kind häufig im Bereich der Großzehen Löcher in den Socken oder Schuhen?	Ja	Nein
30.	Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	Ja	Nein
31.	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	Ja	Nein
32.	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen? (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	Ja	Nein

33.	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	Ja	Nein
34.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	Ja	Nein
35.	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	Ja	Nein
36.	Fragt Ihr Kind oft nach oder sagt oft "was"?	Ja	Nein
37.	Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	Ja	Nein
38.	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	Ja	Nein
39.	Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	Ja	Nein
40.	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	Ja	Nein
41.	Hat es gutes mündliches Wissen, kann dies aber nicht auf Papier bringen?	Ja	Nein
42.	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	Ja	Nein
43.	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt schräg vor sich?	Ja	Nein
44.	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	Ja	Nein
45.	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	Ja	Nein
46.	Ist Ihr Kind leicht reizbar oder schnell wütend?	Ja	Nein
47.	Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	Ja	Nein
48.	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)	Ja	Nein
49.	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	Ja	Nein
50.	War/Ist Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	Ja	Nein
51.	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	Ja	Nein
52.	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und/oder vergisst oft etwas?	Ja	Nein
53.	Neigt es zur Schwatzhaftigkeit bzw. redet es übergebürhlich viel?	Ja	Nein
54.	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	Ja	Nein
55.	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	Ja	Nein
56.	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	Ja	Nein
57.	Sitzt Ihr Kind oft im Zwischenfersensitz?	Ja	Nein
58.	Hat/Hatte Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	Ja	Nein
59.	Hat/Hatte Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	Ja	Nein
60.	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	Ja	Nein
61.	Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	Ja	Nein
62.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	Ja	Nein
63.	Lernt Ihr Kind schlecht?	Ja	Nein
64.	Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	Ja	Nein
65.	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	Ja	Nein
66.	Liebt Ihr Kind Routine?	Ja	Nein
67.	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	Ja	Nein
68.	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	Ja	Nein
69.	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	Ja	Nein
70.	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg?	Ja	Nein
71.	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	Ja	Nein
72.	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	Ja	Nein
73.	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	Ja	Nein
74.	Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Gotischer Gaumen?	Ja	Nein
75.	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	Ja	Nein
76.	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	Ja	Nein