



Eltern-Fragebogen

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel.Nr. Privat

 Mobil

Name der Mutter:

Name des Vaters:

Geschwister / Alter:

Vorstellungsgrund:



SCHLAUKOPF

Institut für systemisches Lernen

Wurde / wird ein Kindergarten regelmäßig besucht?

☐ Ja ☐ Nein

Welche? _____

Welche Therapien haben bisher stattgefunden?

Frühförderung: von: _____ bis: _____ bei: _____

Ergotherapie: von: _____ bis: _____ bei: _____

Logopädie: von: _____ bis: _____ bei: _____

Krankengymnastik: von: _____ bis: _____ bei: _____

Sonstiges: _____

Schule/ Klasse: _____

Klassenlehrer/in: _____

Wurde bei Ihrem Kind

ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt?

☐ Ja ☐ Nein



Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

FRAGEBOGEN – Seite 1

Schwangerschaft & Geburt	Ja	Nein
Hatten Sie während der Schwangerschaft persönliche oder gesundheitliche Probleme? Wenn ja, welche?		
Mussten Sie während der Schwangerschaft länger liegen?		
Standen Sie während der Schwangerschaft unter emotionalem Stress?		
Sind während der Schwangerschaft diagnostische Verfahren durchgeführt worden?		
Ist ihr Kind früher oder später als zum errechneten Termin (+/- 2 Wochen) geboren?		
Gab es irgendwelche Schwierigkeiten bei der Geburt, z.B. Zange, Saugglocke oder lag die Nabelschnur um den Hals des Kindes?		
Traten während der Schwangerschaft Krankheiten oder Komplikationen auf?		
• Übelkeit		
• Erbrechen		
• Vorzeitige Wehen		
• Blutungen		
• Fehlgeburten		
• Sonstiges		
Wurde ihr Kind durch einen Notkaiserschnitt geholt?		
Oder kam es durch einen Wunschkaiserschnitt zur Welt?		
War der gesamte Geburtsvorgang sehr kurz?		
Oder war der gesamte Geburtsvorgang ungewöhnlich lang?		
Wurden wehenfördernde oder -hemmende Maßnahmen eingeleitet?		
War die Geburt eine Beckenendlage?		
War ihr Kind kleiner als 50 cm zum Geburtszeitpunkt?		
Geburtsgewicht: _____ Größe: _____		
Kopfumfang: _____ Geburtsdauer: _____		
Gab es irgendwelche Besonderheiten an Ihrem Baby nach der Geburt?		
• Schädelverformung		
• Blaue Flecken		
• Nabelschnurumschlingung		
• Neugeborenenengelbsucht		
• Lanugo-Behaarung		
• Käseschmiere		
• Intensivpflege		
Wie waren die APGAR-Werte Ihres Kindes? (s. Mutterpass) _____/_____/_____		
Der pH-Wert: _____ Geburtsdauer: _____		



FRAGEBOGEN – Seite 2

Gesundheit & Wahrnehmung	Ja	Nein
Hatte ihr Kind während der ersten 18 Monate Krankheiten, die mit hohem Fieber/ Krämpfen verbunden waren? Wenn ja, welche? _____		
Leidet ihr Kind unter Hautproblemen, Ausschläge, allergische Reaktionen oder Asthma? Wenn ja, welche? _____		
Hat ihr Kind öfter Kopfschmerzen oder Migräne?		
Reagierte ihr Kind überempfindlich auf Impfungen? Wenn ja, welche? _____		
Hat/hatte ihr Kind häufige Hals-, Nasen- und Ohreninfekte?		
Ist Ihr Kind viele Süßigkeiten? Lieblingsgetränk _____		
Redet ihr Kind oft sehr laut?		
Hat ihr Kind eine auffällige Körperhaltung?		
Hat ihr Kind sonstige, auffällige Fußfehlstellungen? Wenn ja, welche? _____		
Dreht ihr Kind beim Stehen die Füße nach innen?		
Dreht ihr Kind beim Stehen die Füße nach außen?		
Hatte Ihr Kind Kopfverletzungen oder Gehirnerschütterungen? Wenn ja, welche? _____		
Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?		
Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit (z.B. Übelkeit beim Autofahren)?		
Reagiert ihr Kind übermäßig empfindlich auf Licht?		
Reagiert es stark auf Geräusche?		
Reagiert es empfindlich auf Berührung?		
Ist ihr Kind ungerne mit vielen anderen Kindern (Spielgruppe, Sportverein, Ferienfreizeit) zusammen?		
Ist ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?		
Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?		
Sieht ihr Kind Doppelbilder?		
Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?		
Hat ihr Kind Schwierigkeiten Richtungen/Seitigkeiten (re/li) anzugeben?		
Hat ihr Kind Probleme bei der Einschätzung von Zeiten?		
Hat ihr Kind Probleme bei der Einschätzung von Entfernungen?		
Hat ihr Kind Probleme bei der Einprägung von Reihenfolgen/Listen?		
Ist ihr Kind rechts- oder linkshändig (selbstgewählt)?		
Fasst ihr Kind Dinge oft an, wenn es sie beschreibt oder zählt?		

Entwicklung – Säugling und Kleinkind (bis 3 Jahre)	Ja	Nein
Haben Sie ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____		
War ihr Kind ein Schreikind oder sehr unruhig?		
War ihr Kind auffallend ruhig?		
Hatte es Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust /Flasche?		



FRAGEBOGEN – Seite 3

Entwicklung – Säugling und Kleinkind (bis 3 Jahre)	Ja	Nein
Lag ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?		
Hat ihr Kind oft mehrere Stunden am Tag in einer Tragehilfe (Maxi-Cosi) verbracht?		
Dauerte es auffallend lange, bis es seinen Kopf hochhalten konnte?		
Hat sich ihr Kind ca. ab dem 6 Monat vom Rücken auf den Bauch gedreht?		
Ist ihr Kind gekrabbelt?		
Hat es sich auf andere Weise fortbewegt? Wenn ja, wie?		
In welchem Alter lernte ihr Kind frei zu laufen?		
Ist ihr Kind an Tischen/Stühlen seitlich entlang gegangen bevor es selber laufen konnte?		
Hat ihr Kind einen Lauflernwagen benutzt bevor es selber laufen konnte?		
Hat ihr Kind spät sprechen gelernt?		
Konnte es mit 2,5 Jahren Zwei- bis Dreiwortsätze sprechen?		

Kindergarten & Grundschule	Ja	Nein
Lutschte ihr Kind bis etwa zum 5. Lebensjahr oder länger am Daumen oder brauchte einen Schnuller?		
Machte ihr Kind noch nach dem Alter von 5 Jahren ins Bett?		
Hat/hatte ihr Kind Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen?		
Hat es Schwierigkeiten still zu sitzen?		
Kann ihr Kind sich über einen längeren Zeitraum alleine beschäftigen?		
Macht ihr Kind alleine Hausaufgaben? Wieviel Zeit benötigt es dafür? _____		
Hatte ihr Kind in den ersten 2 Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Lesen zu lernen?		
Hatte es Schwierigkeiten, nach der Druckschrift die Schreibschrift zu erlernen? Wie schreibt es vorwiegend? O Druckschrift / O Schreibschrift		
Drückt Ihr Kind beim Schreiben und Malen den Stift sehr stark auf?		
Hält ihr Kind den Stift verkrampft?		
Hat es wenig Lust zu schreiben und ermüdet sehr schnell dabei?		
Fällt es Ihrem Kind schwer eine Faust zu machen?		
Gibt es Schwierigkeiten im Bereich der Mathematik?		
Hatte es Schwierigkeiten die Uhrzeit abzulesen?		
Spricht Ihr Kind eher undeutlich?		
Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt es häufig „Was“?		
Ist ihr Kind schlecht im Diktat?		
Hat es ein gutes mündliches Wissen, kann aber nichts aufs Papier bringen?		
Hat es Schwierigkeiten die Inhalte von Texten zu erfassen/wiedergeben?		
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel/aus einem Buch abzuschreiben?		
Arbeitet ihr Kind eher langsam?		
Verdreht ihr Kind Buchstaben wie z.B. b und d?		
Schreibt ihr Kind in Spiegelschrift?		
Dreht es beim Schreiben/Malen das Blatt?		



FRAGEBOGEN – Seite 4

Kindergarten & Grundschule	Ja	Nein
Fällt es ihrem Kind schwer Linien zu halten?		
Liest, schreibt oder spielt ihr Kind gerne in der Bauchlage?		
Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Kopf und den Oberkörper anhebt, bildet es dann die Hände zu Fäusten?		
Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?		
Rekelt oder streckt sich Ihr Kind beim Sitzen (Kopf nach hinten, Beine nach vorne?)		
Bevorzugt es auffällige Sitzpositionen? Welche? _____		
Zieht ihr seine Strümpfe und Schuhe umständlich an?		

Bewegung & Sport	Ja	Nein
Hat ihr Kind Schwierigkeiten einen Ball zu fangen?		
Hat/hatte es Schwierigkeiten, Schwimmen zu lernen?		
Kann ihr Kind besser über oder unter Wasser schwimmen?		
Kann Ihr Kind ohne Stützräder Fahrrad fahren?		
Treibt ihr Kind Sport? Wenn ja, welchen _____		
Dreht sich ihr Kind gerne im Kreis (z.B. Karussell, über den Boden rollen)?		
Klettert und Balanciert Ihr Kind gerne?		
Liebt ihr Kind Geschwindigkeit (Skateboard, Fahrrad, Rennen etc.)		
Neigt Ihr Kind dazu auf Zehenspitzen zu gehen?		
Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?		

Welche Probleme bestehen aktuell?

Was wünschen Sie sich als Verbesserung für Ihr Kind?
