



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? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Übelkeit | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Erbrechen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Vorzeitige Wehen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Blutungen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fehlgeburten | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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? | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Schädelverformung | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Blaue Flecken | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nabelschnurumschlingung | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Neugeborenenengelbsucht | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Lanugo-Behaarung | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Käseschmiere | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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) | | |
| 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/wiederzugeben? | | |
| 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?