

# FRAGEBOGEN ZUR ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES



Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter bei Anmeldung: \_\_\_\_\_

## Unsere aktuell größte Herausforderung

- Viel Streit statt Harmonie im Familienalltag
- Trotz Lernen bleibt der Lernerfolg aus
- Die Prüfungsangst vermiest die guten Ergebnisse
- Ich wünsche mir mehr Selbstbewusstsein für mein Kind
- Im Klassensystem findet mein Kind nicht den richtigen Platz um erfolgreich zu sein
- Es wird Zeit das Lernen zu lernen, die bisherige Lernstrategie ist nicht von Erfolg gekürt.
- Trennung der Eltern | von Freunden | Todesfall im näheren Umfeld
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Das wünsche ich mir als Elternteil:

---

---

---

---

Das wünsche ich mir für mein Kind:

---

---

---

---

Blick auf die frühkindliche Entwicklung:

1.	Gab es während der Schwangerschaft Auffälligkeiten körperlichen oder psychischen Ursprungs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.	Gab es Komplikationen bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals, sonstiges)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.	Ist Ihr Kind mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt gekommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Kam Ihr Kind durch einen Kaiserschnitt zur Welt? (Wunschkaiserschnitt / Notkaiserschnitt / medizinisch geplanter Kaiserschnitt)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lang / kurz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.	Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert / gehemmt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf: Geräusche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	: Berührung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	: Helligkeit / Licht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Hat Ihr Kind schnell Angst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	Leidet es an überdurchschnittlicher Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule und zeigt sogar körperliche Symptome (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben von Diktaten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16.	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mund-/Zungenbewegungen oder beißt es die Zähne fest zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18.	Spricht Ihr Kind undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19.	Krallt Ihr Kind die Zehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20.	Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
21.	Stützt Ihr Kind beim Sitzen häufig den Kopf in mindestens eine Hand?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
22.	Neigt Ihr Kind eher zum „Lümmeln“ beim Sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
23.	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
24.	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel oder aus Büchern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
25.	Wird Ihrem Kind beim Autofahren schlecht? (Reiseübelkeit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
26.	Schreibt Ihr Kind in Spiegelschrift oder vertauscht die Buchstaben b und d?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

27.	Hat Ihr Kind einen schlechten Orientierungssinn?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
28.	Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
29.	Legt Ihr Kind beim Schreiben / Malen das Papier / Heft schief vor sich hin?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
30.	Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
31.	Kann Ihr Kind Gelesenes schlecht verstehen oder liest es zu langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
32.	Hat Ihr Kind länger als bis zum 5. Lebensjahr nachts eingenässt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
33.	Wirkt Ihr Kind eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
34.	Ist Ihr Kind direkt gelaufen / hat es das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
35.	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
36.	Schlingt Ihr Kind beim Sitzen seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
37.	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
38.	Hat Ihr Kind Probleme das Schwimmen zu erlernen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
39.	Fällt es Ihrem Kind schwer, still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
40.	Braucht Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
41.	Lässt sich Ihr Kind leicht ablenken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
42.	Hat Ihr Kind Asthma? Allergien? Ist es häufig erkältet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
43.	Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
44.	Hat Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
45.	Hat Ihr Kind einen übermäßigen Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
46.	Hat Ihr Kind verhältnismäßig lange Daumen gelutscht / den Schnuller genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Persistierende frühkindliche Reflexe können für die Lern- und Verhaltensproblem Ihres Kindes verantwortlich sein.

Bei mehr als 5 JA-Antworten lohnt es sich, einen Termin zu vereinbaren

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen vor Behandlungsbeginn zu.

***Lernpotential – für mehr Leichtigkeit in Ihrem Familienleben***



Lernpotential - Susanne Buchner

Egling 17 82418 Murnau

eMail: [info@deinpotential.de](mailto:info@deinpotential.de)