

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

# Reflexintegration

Kindergarten / Schule + Klasse: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

		JA	NEIN	ANMERKUNG
01	Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?			
02	Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?			
03	Gabe es Schwierigkeiten bei der Geburt? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes o.ä.)			
04	Wurde Ihr Kind zu früh geboren?			
05	Gab es einen Notkaiserschnitt?			
06	Wurde Ihr Kind durch einen Kaiserschnitt auf eigenen Wunsch geboren?			
07	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?			
08	Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?			
09	War die Geburt eine Beckenendlage?			
10	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?			
11	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?			
12	Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Geräusche?			
13	Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Licht / Helligkeit?			
14	Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Berührungen?			
15	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?			
16	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?			
17	Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?			
18	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule? (Bauchschmerzen, Übelkeit etc.)			
19	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?			
20	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?			
21	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?			
22	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt die Zähne zusammen?			
23	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?			

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

# Reflexintegration

Kindergarten / Schule + Klasse: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

		JA	NEIN	ANMERKUNG
24	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben und / oder ermüdet es beim Schreiben sehr schnell?			
25	Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?			
26	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?			
27	Neigt Ihr Kind dazu auf Zehenspitzen zu gehen?			
28	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?			
29	Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?			
30	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?			
31	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen? (Kopf nach hinten – Beine nach vorne)			
32	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?			
33	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?			
34	Findet Ihr Kind das Abschreiben von der Tafel anstrengend?			
35	Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?			
36	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?			
37	Fragt Ihr Kind oft nach oder sagt „Was?“?			
38	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit? (Wird ihr/ihm z.B. beim Autofahren schlecht?)			
39	Verdreht Ihr Kind Buchstaben (z.B. „b“ und „d“) oder schreibt in Spiegelschrift?			
40	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?			
41	Hat Ihr Kind ein gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen?			
42	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten? (vor allem bei der Schreibschrift)			
43	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im Winkel von 90° vor sich?			
44	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?			
45	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?			

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

# Reflexintegration

Kindergarten / Schule + Klasse: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

		JA	NEIN	ANMERKUNG
46	Ist Ihr Kind leicht reizbar oder schnell wütend?			
47	Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?			
48	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis)			
49	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?			
50	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?			
51	Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?			
52	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?			
53	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst etwas?			
54	Neigt Ihr Kind zu Schwatzhaftigkeit bzw redet übergebühlich viel?			
55	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?			
56	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?			
57	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben die eigenen Beine um die Stuhlbeine?			
58	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?			
59	Hat oder hatte Ihr Kind Probleme beim Schwimmenlernen – vor allem beim Brustschwimmen?			
60	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch? (Kopf geht nach unten – Blick von unten nach oben)			
61	Hat Ihr Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick? (Kopf im Nacken – Blick von oben herab)			
62	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über einen längeren Zeitraum still zu sitzen?			
63	Lernt Ihr Kind schlecht?			
64	Liebt Ihr Kind Routine?			
65	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?			
66	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?			
67	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?			
68	Steht sich Ihr Kind selbst im Weg? „bewegt“ sich nicht?			

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

# Reflexintegration

Kindergarten / Schule + Klasse: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

		JA	NEIN	ANMERKUNG
69	Ist Ihr Kind oft weinerlich?			
70	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?			
71	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?			
72	Sind bei Ihrem Kind Zahnfehlstellungen zu erkennen? (Gotischer Gaumen)			
73	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?			
74	Hat Ihr Kind sehr lange am Daumen gelutscht?			

(Quelle: Sieber & Paasch GmbH, Thomasburg)

Besprechen Sie den Fragebogen auch mit der/dem Erzieher/in bzw. Lehrkraft Ihres Kindes.

Bei mehr als 7 Antworten mit „JA“ ist es sinnvoll durch die RIT-Trainerin testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind.

Diese können für die Lern- und Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sein.