

Name _____

Geburtstag (Alter) _____

Kindergarten/Schule (Klasse) _____

		Ja	Nein	keine Angabe	Anmerkungen (Details, evtl. in jüngeren Alter, ...)
1	Gab es während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?				
2	Musste die Mama des Kindes während der Schwangerschaft lange liegen?				
3	Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?				
4	Wurde Ihr Kind zu früh geboren? (mehr als 3 Wochen)				
5	Wurde die Geburt Ihres Kindes eingeleitet?				
6	Gab es einen Kaiserschnitt?				
7	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?				
8	Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?				
9	War die Geburt eine Beckenendlage?				
10	War Ihr Kind in den ersten drei Lebensjahren häufig krank? (Erkältungen, Infektionen, oft Fieber, etc.)				
11	Reagiert Ihr Kind eher gestresst oder „abweisend“ bei Blickkontakt? (begrüßen, oder sich beobachtet fühlen)				
12	Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Geräusche?				
13	Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Licht oder Helligkeit?				
14	Ist Ihr Kind übergebürlich empfindlich auf Berührung?				
15	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?				
16	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?				
17	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?				
18	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?				
19	Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend? (eher geringere Frustrationstoleranz)				
20	Liebt Ihr Kind Routine?				
21	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?				
22	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?				

23	Leidet Ihr Kind an Intoleranzen (Gluten, Laktose)?				
24	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht?				
25	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?				
26	Ist Ihr Kind oft weinerlich?				
27	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?				
28	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?				
29	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? (evtl. Schwierigkeiten, das Fahrradfahren zu lernen)				
30	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?				
31	Fragt Ihr Kind oft nach oder sagt es oft „was“?				
32	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?				
33	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, von der Tafel abzuschreiben? (viele Fehler)				
34	Findet Ihr Kind das Abschreiben von der Tafel anstrengend?				
35	Schreibt Ihr Kind sehr langsam von der Tafel ab?				
36	Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?				
37	Verdreht Ihr Kind Buchstaben, wie z.B. b und d, hat Zahlendreher oder schreibt in Spiegelschrift?				
38	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?				
39	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?				
40	Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmenlernen, vor allem beim Brustschwimmen?				
41	Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?				
42	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?				
43	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?				
44	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen? (rollend, auf dem Po rutschend, im "Bärengang" fortbewegt)				
45	Hat Ihr Kind sehr früh das Laufen gelernt? (unter 12 Monate)				
46	Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen? Oder andere Hand-Auge-Koordinationsprobleme? (Malen, Basteln, Puzzeln)				
47	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, über längere Zeit still zu sitzen?				
48	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten, Beine nach vorne)?				
49	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder auf beiden Füßen?				
50	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben oder Malen seine Beine um die Stuhlbeine?				

51	Schaut Ihr Kind oft „misstrauisch“ (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?				
52	Hat Ihr Kind oft einen „hochnäsigen“ Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?				
53	Hat Ihr Kind gutes mündliches Wissen, kann es aber nicht aufs Papier bringen?				
54	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten, vor allem bei der Schreibrift?				
55	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten (zu langsam, fehlendes Leseverständnis)?				
56	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?				
57	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?				
58	Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?				
59	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?				
60	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?				
61	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90°-Winkel vor sich?				
62	Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Linie einzuhalten?				
63	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?				
64	Lernt Ihr Kind schlecht?				
65	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?				
66	Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen? Gotischer Gaumen?				
67	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?				
68	Hat Ihr Kind sehr lange am Daumen gelutscht?				
69	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?				
70	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?				
71	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?				
72	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben oder ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?				
73	Macht Ihr Kind beim Schreiben/Malen Mundbewegungen, oder beißt es die Zähne dabei zusammen?				
74	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?				
75	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?				
76	Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?				

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen an:

Karin Schierle: info@HiLights-Potenzialtraining.de