

## RIT Reflexintegration - Elternfragebogen

**Wichtig: Bei Einnahme von Methylphenidat bitte  
Trainingstermine erst nach der täglichen Wirkphase vereinbaren.**

Name, Geburtstag:

Datum:

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation	ja	nein	früher bis ca.
01. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
02. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
03. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
04. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
05. Gab es einen Notkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
06. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
07. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
08. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
09. War die Geburt eine Beckenendlage?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
12. Ist Ihr Kind übergebührllich empfindlich auf: - Geräusche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
13. - Licht / Helligkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
14. - Berührung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
17. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
18. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
23. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
25. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
27. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
28. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
29. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
31. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
35. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
37. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben z.B. <b>b</b> und <b>d</b> oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

## RIT Reflexintegration - Elternfragebogen

Name:

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation	ja	nein	früher bis ca.
39. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
40. Kann gutes mündliches Wissen nicht aufs Papier bringen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibrschrift )?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
43. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam/fehlendes Leseverständnis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
49. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
50. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
52. Neigt Ihr Kind zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
53. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
54. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
57. Hat Ihr Kind Probleme Schwimmen zu lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
58. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
59. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
61. Lernt Ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
62. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
64. Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
67. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Wege, "bewegt" sich nicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
69. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
70. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
71. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
72. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
74. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Methylphenidateinnahme, Gluten-/Kaseinunverträglichkeit, Schwermetallbelastung, Epilepsie, hoher KPU-Wert Schwindelmigräne, Kopfgelenkasymmetrie, Trisomie 21, KISS-Syndrom? Anmerkungen, Auffälligkeiten, Fragen:			