

ELTERN-FRAGEBOGEN (für Kinder im Kindergarten)

Frage	Ja	Nein
1. Gab es medizinische Probleme in der Schwangerschaft?		
2. Gab es emotionalen Stress in der Schwangerschaft?		
3. Wurde Ihr Kind +/-2 Wochen von dem errechneten Termin geboren?		
4. Gab es Komplikationen im Geburtsverlauf (Saugglocke)?		
5. Gab es einen Kaiserschnitt?		
6. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lang / kurz?		
7. Wurden die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert bzw. gehemmt?		
8. Gab es Auffälligkeiten wie Schädelverformungen, Nabelschnurverwicklung, blaue Flecken, starke Käseschmiere?		
9. Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Stillen oder Trinken?		
10. Hat Ihr Kind viel gespuckt?		
11. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?		
12. Dauerte es über 4 Monate, bis es seinen Kopf hochhalten konnte?		
13. War Ihr Baby sehr aktiv und fordernd?		
14. Schlieft es wenig und schrie es oft?		
15. Gibt es eine Geschichte mit Kopfverletzungen?		
16. Hat Ihr Kind sich nur schwer und mit Unterstützung auf den Bauch gedreht?		
17. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?		
18. Hat Ihr Kind besonders früh (vor 12 Monaten) oder später (nach 15 Monaten) laufen gelernt?		
19. Hat Ihr Kind Probleme in der Sprachentwicklung?		
20. Gab es in den ersten 18 Lebensmonaten Krankheiten, die mit hohem Fieber verbunden waren?		
21. Hatte Ihr Kind öfters Infektionen im HNO-Bereich?		
22. Leidet Ihr Kind unter Hautproblemen?		
23. Hat Ihr Kind Asthma?		
24. Lutschte Ihr Kind sehr lange am Daumen?		
25. Nässte Ihr Kind lange ein (länger als bis zum 5 LJ.)?		

Frage	Ja	Nein
26. Ist Ihr Kind sehr ängstlich und schreckhaft?		
27. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?		
28. Hat Ihr Kind Probleme still zu sitzen und wird oft ermahnt?		
29. Hatte es Schwierigkeiten Brustschwimmen zu lernen?		
30. Tauchte es lieber (Kopf-unter-schwimmen) als den Kopf oben zu halten?		
31. Leidet Ihr Kind unter Höhenangst?		
32. Hat oder hatte Ihr Kind Probleme beim Ball fangen?		
33. Schreibt Ihr Kind seinen Namen und die ersten Worte in Spiegelschrift?		
34. Reagiert es empfindlich auf Geräusche?		
35. Reagiert es empfindlich auf Licht/Helligkeit?		
36. Reagiert er empfindlich auf unerwartete Bewegungen?		
37. Ist Ihr Kind sehr berührungsempfindlich/kitzelig?		
38. Mag es nicht in die Augen schauen!		
39. Handelt Ihr Kind bei Stresssituationen völlig „kopflös“, hält sich die Ohren zu, läuft weg?		
40. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten Kritik anzunehmen?		
41. Hat Ihr Kind eine Tendenz zum Schielen?		
42. Hat das Kind Probleme mit Autorität?		
43. Ist Ihr Kind nachtragend und kann schlecht verzeihen?		
44. Fällt es Ihrem Kind schwer mit mehreren Kindern zu spielen, sich zu integrieren?		
45. Zeigt Ihr Kind provokatives/ aggressives Verhalten?		
46. Schämt sich Ihr Kind oft?		
47. Will es nicht allein sein/ hat Ihr Kind schnell Angst?		
48. Ist Ihr Kind ständig in Bewegung?		
49. Braucht Ihr Kind lange für eine Aufgabe (unorganisiert, vergesslich)?		
50. Hat Ihr Kind noch Probleme mit rechts und links?		
51. Mag Ihr Kind nur bevorzugte Konsistenzen essen (flüssig, stückig etc.) oder gibt es Auffälligkeiten bei der Nahrungsauswahl?		
52. Trödelt Ihr Kind oft und neigt zu Tagträumen?		
53. Geht Ihr Kind überwiegend auf Zehenspitzen?		

Frage	Ja	Nein
54. Steht Ihr Kind sich mit seinem Verhalten oft „selbst im Weg“?		
55. Hat Ihr Kind Probleme beim Ausschneiden oder mag kleinteilige Arbeiten nicht?		
56. Schaut die Zungenspitze aus dem Mund oder ist das „Kauen“ der Zunge zu beobachten, wenn sich das Kind anstrengt oder sich konzentriert?		
57. Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen (im Schlaf) oder hat es Zahnfehlstellungen?		
58. Saß oder sitzt Ihr Kind oft in W-Haltung oder schlingt seine Beine um die Stuhlbeine?		
59. Sitzt Ihr Kind gerne mit unterschlagenen Beinen da?		
60. Hängt Ihr Kind eher über dem Tisch, als dass es gerade sitzt, z.B. beim Malen?		
61. Muss es den Kopf oft in den Händen aufstützen?		
62. Krabbelt(e) im Faustgriff/Tigergriff, die Füße sind angehoben?		
63. Kaut Ihr Kind am Ärmel, Kragen oder Spielzeug?		
64. Hält Ihr Kind die Ärmelenden fest bzw. wird der Ärmel über die Handinnenfläche gezogen?		
65. Schläft Ihr Kind in Bauchlage auf den Armen/Händen?		
66. Leidet Ihr Kind unter Kita-Angst oder hat oft Bauchweh vor neuen Situationen?		
67. Lläuft Ihr Kind seine Schuhe ungleichmäßig ab?		
68. Mag Ihr Kind einen geplanten Tagesablauf und Struktur?		
69. Leidet es unter überdurchschnittlicher Trennungsangst?		
70. Ermüdet Ihr Kind schnell bei graphomotorischen Tätigkeiten?		
71. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?		
72. Legt Ihr Kind das Papier schief vor sich zum Malen oder dreht es dieses beim Malen?		
73. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Schwungübungen / Nachzeichnen?		
74. Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?		
75. Llässt sich Ihr Kind leicht ablenken?		
76. Ist Ihr Kind oft weinerlich?		
77. Drückt Ihr Kind beim Malen den Stift sehr stark auf?		
78. Stört Ihr Kind enge Kleidung/Nähte der Kleidung?		
79. Hat Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten/ist leicht ablenkbar?		
80. Ist Ihr Kind tollpatschig, stößt es überall an?		

Frage	Ja	Nein
81. Wirft es am Tisch häufig etwas um?		
82. „Schwatz“ Ihr Kind gerne und viel?		
83. Kann Ihr Kind im Kreuzgang krabbeln?		
84. Verdreht Ihr Kind beim Krabbeln die Hände nach außen oder in „Pfötchengriff“?		
85. Hat Ihr Kind sehr dünne Oberarme?		
86. Überstreckt Ihr Kind beim Abstützen sein Ellenbogen?		
87. Zeigt Ihr Kind eine umständliche Methode sich die Socken/ Schuhe anzuziehen?		
88. Hat Ihr Kind einen eher steifen Gang?		
89. Hat Ihr Kind Löcher in den Socken, beim großen Zeh?		
90. Läuft Ihr Kind auf der Innen- oder Außenkante des Fußes?		
91. Hat Ihr Kind oft die Hand zur Faust geballt?		
92. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein beim Laufen?		
93. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf/Oberkörper nach hinten und die Beine strecken sich nach vorne)?		
94. Besteht ein Verdacht auf ADS/ADHS?		

Haben Sie noch ergänzende Beobachtungen zu ihrem Kind, die durch den Fragebogen noch nicht abgedeckt wurden?
