



RIT Kids

Schule ohne Medizin. www.hautfrieden.com

Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation.

Aussage	Ja	Nein
1. <i>Hatten sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Mussten sie während der Schwangerschaft lange liegen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Sauglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <i>Wurde ihr Kind zu früh geboren?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <i>Gab es einen Notkaiserschnitt?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Wurde ihr Kind durch einen Wunsch Kaiserschnitt geboren?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>Gab es Wehen fördernde oder Wehen hemmende Maßnahmen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <i>War die Geburt eine Beckenendlage?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <i>Lag ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <i>Steht ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <i>Ist ihr Kind übermäßig empfindlich auf Geräusche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <i>Ist ihr Kind übermäßig empfindlich auf Licht /Helligkeit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. <i>Ist ihr Kind übermäßig empfindlich auf Berührung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <i>Ist ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <i>Leidet ihr Kind unter Trennungsangst?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <i>Ist ihr Kind schlecht im Diktat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. <i>Hat ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. <i>Leidet ihr Kind unter Nackenverspannungen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. <i>Fällt es ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hält ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Macht ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Drückt ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Wenn sich ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Spricht ihr Kind eher undeutlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Neigt ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Rollt ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Zieht ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Stützt ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Räkelt und streckt sich ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hat ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hat ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Arbeitet ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Fragt ihr Kind oft nach oder sagt oft „was“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Leidet ihr Kind an Reiseübelkeit z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Verdreht ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Kann sich ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Hat ihr Kind Schreibschwierigkeiten vor allem bei der Schreibschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Liegt ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90 Grad Winkel vor sich hin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Hat ihr Kind Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder rechnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. lässt ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ist ihr Kind leicht reizbar schnell wütend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Fällt es ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Hat ihr Kind Lese Schwierigkeiten, zu langsam, fehlendes Leseverständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Hat ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Hat ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Mag ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Wirkt ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Neigt es zu Schwatzhaftigkeit beziehungsweise redet es übergebührllich viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Hat ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Sitzt ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Schlingt ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Hat ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Hat ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Schaut ihr Kind oft misstrauisch: Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Hat ihr Kind oft einen hochnäsigen Blick? Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Habt ihr keine Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Lernt ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Schreibt ihr Kind zu langsam von der Tafel ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Ermüdet ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Liebt ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Ist ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Leidet ihr Kind an Asthma Allergien oder häufigen Infekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Flüchtet sich ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Steht sich ihr Kind häufig selbst im Weg, bewegt sich nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Ist ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Trägt oder trug ihr Kind eine Zahnspange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen, gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Hat ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Hat ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>