


































Frühkindliche Reflexe - Fragebogen

Beantworte die Fragen mit ja oder nein. Wenn du dir nicht sicher bist, oder es nicht / noch nicht weißt, weil dein Kind bspw.. noch im Kindergarten ist, lasse die Frage einfach aus.

	Gab es während der Schwangerschaft Auffälligkeiten (körperlich/psychisch)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Gab es Komplikationen bei der Geburt (Saugglocke, Nabelschnur, ...)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ist dein Kind mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Termin geboren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Kam dein Kind durch einen (Not-) Kaiserschnitt zur Welt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	War die Geburt ungewöhnlich lange oder kurz?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wurden die Wehen durch Medikamente gefördert oder gehemmt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Lag dein Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Reagiert dein Kind besonders empfindlich auf Geräusche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Reagiert dein Kind besonders empfindlich auf Berührung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Reagiert dein Kind besonders empfindlich auf Helligkeit / Licht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hat dein Kind schnell Angst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Leidet dein Kind unter überdurchschnittlicher Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hat dein Kind Angst vor der Schule und zeigt sogar körperliche Symptome, wie zum Beispiel Bauchweh, Übelkeit, ...?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ist dein Kind schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hält dein Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ermüdet dein Kind schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Macht dein Kind Mund- oder Zungenbewegungen beim Schreiben oder beißt die Zähne fest zusammen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Spricht dein Kind undeutlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

	Krallt dein Kind die Zehen?	<table border="1" data-bbox="1264 161 1436 237"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Geht dein Kind vorwiegend auf Zehenspitzen?	<table border="1" data-bbox="1264 255 1436 331"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Stützt dein Kind beim Sitzen häufig den Kopf in mindestens eine Hand?	<table border="1" data-bbox="1264 349 1436 425"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Neigt dein Kind eher zum "Lümmeln" beim Sitzen?	<table border="1" data-bbox="1264 443 1436 519"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Hat dein Kind Gewichtsprobleme?	<table border="1" data-bbox="1264 542 1436 618"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Hat dein Kind Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel oder aus dem Buch?	<table border="1" data-bbox="1264 631 1436 707"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Wird deinem Kind beim Autofahren schlecht (Reiseübelkeit)?	<table border="1" data-bbox="1264 725 1436 801"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Schreibt dein Kind in Spiegelschrift oder vertauscht die Buchstaben b und d?	<table border="1" data-bbox="1264 819 1436 896"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Hat dein Kind einen schlechten Orientierungssinn?	<table border="1" data-bbox="1264 913 1436 990"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Hat dein Kind Schwierigkeiten bei den Schwungübungen oder der Schreibschrift?	<table border="1" data-bbox="1264 1003 1436 1079"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Legt dein Kind Papier oder Heft schief vor sich zum Schreiben?	<table border="1" data-bbox="1264 1093 1436 1169"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Ist es sehr impulsiv und wird schnell wütend?	<table border="1" data-bbox="1264 1182 1436 1258"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Kann dein Kind Gelesenes schlecht verstehen oder liest es sehr langsam?	<table border="1" data-bbox="1264 1272 1436 1348"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Hat es bis mehr als zum 5. Lebensjahr eingenässt?	<table border="1" data-bbox="1264 1370 1436 1447"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Ist dein Kind generell eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich?	<table border="1" data-bbox="1264 1460 1436 1536"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Ist es direkt gelaufen und hat das Krabbeln ausgelassen?	<table border="1" data-bbox="1264 1550 1436 1626"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Sitzt dein Kind auf einem Fuß oder auf beiden Füßen?	<table border="1" data-bbox="1264 1644 1436 1720"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Schlingt es die Beine beim Sitzen um die Stuhlbeine?	<table border="1" data-bbox="1264 1742 1436 1818"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			
	Hat dein Kind Probleme, einen Ball zu fangen?	<table border="1" data-bbox="1264 1841 1436 1917"><tr><td>Ja</td><td>Nein</td></tr></table>	Ja	Nein
Ja	Nein			

	Hat es Schwierigkeiten, das Schwimmen zu erlernen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Fällt es deinem Kind schwer, still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Braucht dein Kind viele Routinen und Rituale?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Lässt es sich leicht ablenken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hat dein Kind Asthma, Allergien oder ist häufig erkältet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Ist dein Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hat dein Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hat dein Kind einen übermäßigen Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hat es verhältnismäßig lange Daumen gelutscht oder den Schnuller genommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Solltest du mehr als 5 Fragen mit "Ja" beantwortet haben, lohnt es sich, einen Termin zu vereinbaren. Es könnte durchaus sein, dass das eine oder andere "Problem", das ihr schon lange versucht zu verändern, an den noch aktiven frühkindlichen Reflexen liegt.

Einen Termin vereinbarst du am besten telefonisch. Du erreichst mich aber auch prima per Mail. Wir schauen uns die Sache gemeinsam an und wägen ab, ob es die Reflexintegration ist, die euer Familienleben wieder mit mehr Leichtigkeit füllen wird. Hier sind meine Kontaktdaten:



Madeleine Weis
 Raubachstraße 36
 97896 Freudenberg-Rauenberg
 Tel.: 0151 - 43 138 126
 Mail: kontakt@love-live-learn.de

