



RIT®-Kids ReflexIntegration-Fragebogen

Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____

Kindergarten/Schule/Klasse _____ Datum _____

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

1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme? 1. Ja Nein
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen? 2. Ja Nein
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)? 3. Ja Nein
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren? 4. Ja Nein
5. Gab es einen Notkaiserschnitt? 5. Ja Nein
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren? 6. Ja Nein
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang? 7. Ja Nein
8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Maßnahmen? 8. Ja Nein
9. War die Geburt eine Beckenendlage? 9. Ja Nein
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken? 10. Ja Nein
11. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände? 11. Ja Nein
12. Hat Ihr Kind das Krabblen ausgelassen? 12. Ja Nein
13. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht? 13. Ja Nein
14. Liebt Ihr Kind Routine? 14. Ja Nein
15. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar? 15. Ja Nein
16. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen? 16. Ja Nein



RIT®-Kids ReflexIntegration-Fragebogen

- | | |
|---|---|
| 17. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren? | 17. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 18. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an? | 18. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 19. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen? | 19. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 20. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)? | 20. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 21. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)? | 21. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 22. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen? | 22. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 23. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein? | 23. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 24. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände? | 24. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 25. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)? | 25. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 26. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? | 26. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 27. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang? | 27. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 28. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da? | 28. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 29. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen? | 29. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 30. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt? | 30. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 31. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange? | 31. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 32. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen? | 32. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 33. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss? | 33. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 34. Ist Ihr Kind übergebührllich empfindlich auf Geräusche? | 34. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 35. Ist Ihr Kind übergebührllich empfindlich auf Licht / Helligkeit? | 35. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 36. Ist Ihr Kind übergebührllich empfindlich auf Berührung? | 36. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 37. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich? | 37. <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |



RIT®-Kids ReflexIntegration-Fragebogen

38. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst? 38. Ja Nein
39. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren? 39. Ja Nein
40. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend? 40. Ja Nein
41. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen? 41. Ja Nein
42. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt? 42. Ja Nein
43. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht? 43. Ja Nein
44. Ist Ihr Kind oft weinerlich? 44. Ja Nein
45. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung? 45. Ja Nein
46. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas? 46. Ja Nein
47. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührlich viel? 47. Ja Nein
48. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft? 48. Ja Nein
49. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf? 49. Ja Nein
50. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"? 50. Ja Nein
51. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat? 51. Ja Nein
52. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.) 52. Ja Nein
53. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen? 53. Ja Nein
54. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben? 54. Ja Nein
55. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam? 55. Ja Nein
56. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben? 56. Ja Nein
57. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend? 57. Ja Nein



RIT®-Kids ReflexIntegration-Fragebogen

58. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d oder schreibt in Spiegelschrift? Ja Nein
59. Hat es gutes mündliches Wissen, kann dies allerdings nicht aufs Papier bringen? Ja Nein
60. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der *Schreibschrift*)? Ja Nein
61. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich? Ja Nein
62. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen? Ja Nein
63. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus? Ja Nein
64. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten? Ja Nein
65. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam / fehlendes Leseverständnis) Ja Nein
66. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen? Ja Nein
67. Lernt Ihr Kind schlecht? Ja Nein
68. Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab? Ja Nein
69. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen? Ja Nein
70. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine? Ja Nein
71. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren? Ja Nein
72. Spricht Ihr Kind eher undeutlich? Ja Nein
73. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen? Ja Nein
74. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten? Ja Nein

Besprechen Sie den Fragebogen gerne auch mit der Erzieher:in oder Lehrkraft Ihres Kindes.

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll durch mich testen zu lassen, ob noch Reflexe aktiv sind. Diese können für die Lern- und Verhaltensauffälligkeiten Ihres Kindes verantwortlich sein.