



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



RIT®-Kids ReflexIntegration-Fragebogen

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



RIT®-Kids ReflexIntegration-Fragebogen

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