



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