



RIT® REFLEXINTEGRATION - Ein effektiver und schneller Weg zur neuromotorischen Schulreife für Kinder und Jugendliche.

Fragebogen zur Symptomatik: Konzentrationsschwäche, AD(H)S, Lese-Rechtschreib-schwäche, Dyskalkulie, Unruhe, motorische Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten.

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Kindergarten / Schule und Klasse: Datum:

Fragen zur Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung und zur aktuellen Situation		JA	NEIN
1	Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?		
2	Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?		
3	Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?		
4	Wurde Ihr Kind sehr früh oder sehr spät geboren (mehr als 2 Wochen früher oder mehr als 10 Tage zu spät)?		
5	Gab es einen Notkaiserschnitt?		
6	Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?		
7	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?		
8	Gab es Wehen fördernde oder Wehen hemmende Maßnahmen?		
9	War die Geburt eine Beckenendlage?		
10	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?		
Fragen zur aktuellen Situation		JA	NEIN
11	Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?		
12	Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf: Geräusche?		
13	Licht / Helligkeit?		
14	Berührung?		
15	Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?		
16	Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?		
17	Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?		
18	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)?		
19	Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?		
20	Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?		
21	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?		
22	Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?		



23	Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?		
24	Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell beim Schreiben?		
25	Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?		
26	Spricht Ihr Kind eher undeutlich?		
27	Neigt Ihr Kind dazu, auf den Zehenspitzen zu gehen?		
28	Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?		
29	Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?		
30	Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?		
31	Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten – Beine nach vorne)?		
32	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?		
33	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?		
34	Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?		
35	Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft „was?“?		
36	Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?		
37	Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?		
38	Verdreht Ihr Kind Zahlen wie z.B. 17 und 71 oder Buchstaben wie z.B. b und d oder schreibt in Spiegelschrift?		
39	Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?		
40	Hat es gutes mündliches Wissen, kann dieses aber nicht aufs Papier bringen?		
41	Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?		
42	Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90°-Winkel vor sich?		
43	Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?		
44	Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?		
45	Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?		
46	Fällt es Ihrem Kind schwer, beim Schreiben die Linie einzuhalten?		
47	Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten (zu langsam, fehlendes Leseverständnis)?		
48	Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?		
49	War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?		
50	Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?		
51	Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?		
52	Neigt es zur Schwatzaftigkeit, bzw. redet es übergebürhlich viel?		
53	Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?		



54	Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?		
55	Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?		
56	Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?		
57	Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?		
58	Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?		
59	Hat Ihr Kind oft einen ‚hochnäsigen‘ Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?		
60	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?		
61	Lernt Ihr Kind schlecht?		
62	Schreibt Ihr Kind zu langsam von der Tafel ab?		
63	Ermüdet Ihr Kind schnell bei Lesen?		
64	Liebt Ihr Kind Routine?		
65	Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?		
66	Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?		
67	Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?		
68	Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, ‚bewegt‘ sich nicht?		
69	Ist Ihr Kind oft weinerlich?		
70	Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?		
71	Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnspange?		
72	Sind Zahnfehlstellungen zu erkennen / Gotischer Gaumen?		
73	Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?		
74	Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?		

Bei mehr als 7 „Ja“-Antworten ist es naheliegend, dass persistierende Reflexe an den Problemen Ihres Kindes mit beteiligt sind und es im (Schul-)Alltag beeinträchtigen.

- Ja, ich möchte unverbindlich bei einem kostenlosen Informationsgespräch beraten werden.
Bitte kontaktieren Sie mich:

Vor- und Nachname: Telefon oder eMail:

Diesen Fragebogen können Sie gerne bereits im Voraus ausfüllen, ausdrucken und zum ersten Beratungsgespräch mitbringen.