



Reflex-Orientierungsfragebogen: Kinder & Jugendliche

Bitte beantworten Sie die 74 Fragen möglichst spontan.
Es gibt kein Richtig oder Falsch.

Name, Vorname Kind:

Geburtsdatum Kind:

Klasse:

Mobilnummer Mutter/Vater:

E-Mail:

Datum:

1. Während der Schwangerschaft stand ich häufig unter emotionalem oder körperlichem Stress.	ja	nein
2. Während der Schwangerschaft war längeres Liegen notwendig.	ja	nein
3. Die Geburt meines Kindes verlief medizinisch begleitet (z. B. Kaiserschnitt, Zange, Saugglocke).	ja	nein
4. Der Geburtsverlauf war sehr kurz oder sehr lang.	ja	nein
5. Es wurden wehenfördernde oder -hemmende Mittel eingesetzt.	ja	nein
6. Mein Kind wurde zu früh oder deutlich nach dem errechneten Termin geboren.	ja	nein
7. Direkt nach der Geburt gab es Anpassungsschwierigkeiten (Atmung, Schreien, etc.)	ja	nein
8. Ich hatte den Eindruck, dass mein Kind nach der Geburt nicht vollständig „angekommen“ ist.	ja	nein
9. Mein Kind hat das Krabbeln ausgelassen oder stark verkürzt.	ja	nein
10. Das Krabbeln war einseitig oder asymmetrisch.	ja	nein
11. Mein Kind ist häufig gestolpert oder angeeckt.	ja	nein
12. Gleichgewicht halten fällt/fiel meinem Kind schwer.	ja	nein
13. Bewegungsabläufe wirken oft unkoordiniert oder „ungeschickt“.	ja	nein
14. Mein Kind vermeidet bestimmte Bewegungen (Klettern, Rollen, Drehen).	ja	nein
15. Beim Laufen wirken Arme und Beine wenig mitkoordiniert..	ja	nein
16. Mein Kind geht oder stand zeitweise auf den Zehenspitzen.	ja	nein
17. Die Füße stehen beim Stehen oder Gehen häufig nach innen gedreht.	ja	nein
18. Mein Kind wirkt motorisch entweder sehr steif oder sehr unruhig.	ja	nein
19. Beim Sitzen sackt mein Kind häufig in sich zusammen.	ja	nein
20. Mein Kind stützt beim Sitzen häufig den Kopf ab.	ja	nein
21. Es sitzt gern auf einem oder beiden Füßen.	ja	nein
22. Es räkelt oder streckt sich häufig im Sitzen.	ja	nein
23. Der Kopf wird häufig stark nach vorne oder nach hinten gehalten.	ja	nein
24. Die Körperhaltung wirkt insgesamt instabil oder wechselhaft.	ja	nein
25. Mein Kind wirkt schnell erschöpft durch „Haltung halten“.	ja	nein
26. Stillsitzen fällt meinem Kind schwer – auch bei Interesse.	ja	nein
27. Mein Kind hält den Stift sehr fest oder verkrampft.	ja	nein
28. Beim Schreiben bewegt es Mund oder Zunge.	ja	nein
29. Beim Schreiben presst es die Zähne zusammen.	ja	nein
30. Der Stiftdruck ist sehr stark.	ja	nein
31. Schreiben strengt schnell an oder wird vermieden.	ja	nein
32. Die Schrift wirkt unruhig, verkrampft oder sehr langsam.	ja	nein
33. Linien einhalten fällt schwer.	ja	nein
34. Das Blatt wird beim Schreiben oder Malen schief hingelegt.	ja	nein
35. Die Hand ermüdet schnell beim Schreiben oder Malen.	ja	nein
36. Mein Kind kann Gedanken mündlich besser ausdrücken als schriftlich.	ja	nein
37. Mein Kind reagiert empfindlich auf Geräusche.	ja	nein
38. Licht oder Helligkeit werden schnell als unangenehm empfunden.	ja	nein

39. Berührungen oder bestimmte Stoffe werden abgelehnt.	ja	nein
40. Etiketten, Nähte oder enge Kleidung stören stark.	ja	nein
41. Mein Kind erschrickt leicht bei plötzlichen Reizen.	ja	nein
42. Reiseübelkeit oder Schwindel treten auf.	ja	nein
43. Mein Kind reagiert stark auf unerwartete Veränderungen.	ja	nein
44. Es braucht viel Zeit, um sich nach Aufregung zu beruhigen.	ja	nein
45. Nähe wird wechselhaft gesucht oder abgelehnt.	ja	nein
46. Mein Kind ist leicht ablenkbar.	ja	nein
47. Es fällt schwer, die Aufmerksamkeit länger zu halten.	ja	nein
48. Lernen wird als anstrengend oder belastend erlebt.	ja	nein
49. Unter Druck (Tests, Abfragen) blockiert mein Kind.	ja	nein
50. Gelerntes kann in Stresssituationen schlecht abgerufen werden.	ja	nein
51. Lesen ermüdet schnell.	ja	nein
52. Buchstaben oder Wörter werden ausgelassen oder vertauscht.	ja	nein
53. Abschreiben von der Tafel fällt schwer.	ja	nein
54. Mein Kind arbeitet deutlich langsamer als Gleichaltrige.	ja	nein
55. Schule kostet unverhältnismäßig viel Energie.	ja	nein
56. Mein Kind reagiert schnell frustriert oder wütend.	ja	nein
57. Es wirkt innerlich oft angespannt.	ja	nein
58. Trennungssituationen fallen schwer.	ja	nein
59. Mein Kind zieht sich bei Überforderung zurück.	ja	nein
60. Es flüchtet sich gern in Fantasie oder Tagträume.	ja	nein
61. Es braucht viel Bestätigung von außen.	ja	nein
62. Mein Kind möchte alles „richtig“ machen.	ja	nein
63. Fehler werden schwer ertragen.	ja	nein
64. Es wirkt emotional reifer oder verantwortlicher als Gleichaltrige.	ja	nein
65. Mein Kind zweifelt häufig an sich selbst.	ja	nein
66. Es fällt schwer, Gefühle klar zu benennen oder zu zeigen.	ja	nein
67. Häufige Infekte, Allergien oder Asthma treten auf.	ja	nein
68. Schlaf ist unruhig oder nicht erholsam.	ja	nein
69. Einschlafen oder Durchschlafen fällt schwer.	ja	nein
70. 70. Nächtliches Einnässen war oder ist ein Thema. (über das 5. Lebensjahr hinaus)	ja	nein
71. Muskelverspannungen (Nacken, Rücken) treten häufig auf.	ja	nein
72. Auffälligkeiten im Mund-/Kieferbereich sind bekannt (Zahnfehlstellung, Spange, etc.).	ja	nein
73. Mein Kind wirkt oft müde oder energielos.	ja	nein
74. Ich habe das Gefühl, dass mein Kind „mehr Energie verbraucht als nötig“.	ja	nein

Hinweis: Wenn mehr als 7 Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, kann dies ein Hinweis auf noch restaktive frühkindliche Reflexe sein. Eine gezielte Testung durch Ihren Coach gibt Aufschluss darüber, welche Reflexe betroffen sind. Dieser Fragebogen dient der Selbsteinschätzung und ersetzt keine medizinische oder psychologische Diagnose. Ihre Angaben helfen, mögliche frühkindlichen Reflexe zu erkennen und individuell passende Begleitung zu ermöglichen. Die Daten werden gespeichert und verarbeitet, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Kinder- & Jugendcoaches

Viktor-Scheffel-Strasse 14
80803 München

0163 - 835 6235

anke@kinder-jugend-coaches.de

www.kinder-jugend-coaches.de

