

www.ENWAKO.de
 Niels Ewald- ENWAKO®-Trainer
 0711 300 3896

Sehr geehrte Eltern

Sie haben Ihr Kind zu einer Vorabklärung angemeldet. Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Um möglichst viel Zeit für Ihr Kind zu haben, bitten wir Sie den ausgefüllten Fragebogen zum Termin mitzubringen. Wir wünschen, dass ein Elternteil bei der Messung anwesend ist. Bitte lassen Sie sich nicht verunsichern, wenn Sie vielleicht die eine oder andere Frage nicht exakt beantworten können.

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon: Mobil:	Geburtsdatum:
Schule/Ort/Klasse:	Name des Lehrers:
Geschwister/Geschlecht/Alter:	Eltern leben getrennt?
Name des Erziehungsberechtigten:	
Beruf des Erziehungsberechtigten:	
EMAIL Adresse:	

Vorgeschichte

Wurde Ihr Kind schon augenärztlich untersucht? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> bei
Mit welchem Ergebnis?
Messung bei erweiterter Pupille durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat jemand in der Familie visuelle Auffälligkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde Ihr Kind schon in der Sehschule behandelt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde Ihr Kind an den Augen operiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Schwangerschaft und Geburt

Gab es in der Schwangerschaft irgendwelche Probleme? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:
Die Geburt erfolgte in welcher Schwangerschaftswoche? Wie waren die APGAR – Werte Ihres Kindes? (siehe Mutterpass)/...../..... und der pH-Wert:
Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft unter starkem emotionalen Stress? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:
Geburtsgewicht ? Größe ?
Geburt: <input type="checkbox"/> spontan / <input type="checkbox"/> mit Saugglocke / <input type="checkbox"/> nach Einleitung / <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt
Gab es Trinkschwierigkeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War Ihr Kind ein „Schreibaby“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind ernste Erkrankungen oder schwerwiegende Operationen in den ersten Monaten ?
Gab es irgendwelche Besonderheiten an Ihrem Baby nach der Geburt, z.B. dass der Schädel verformt war, dass es viele blaue Flecken hatte, die Nabelschnur um den Hals hatte, dass es deutlich blau war, eine schwere Neugeborenenengelbsucht hatte, noch Lanugo-Behaarung aufwies oder noch stark mit Käseschmiere bedeckt war? Brauchte es Intensivpflege? Kam es dadurch zu einer längeren Trennung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

Erste frühkindliche Entwicklung:

Wann drehte sich ihr Kind vom Bauch auf den Rücken?
Wann begann Ihr Kind mit aktiven, gezielten Greifen?
Wann drehte sich ihr Kind vom Rücken auf den Bauch?
Wann begann Ihr Kind frei zu sitzen?
Dauerte es lange, bis es seinen Kopf hochhalten konnte? (> 4 Monate) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Robben im Kreuzmuster (oder, wenn nein, in welchem Muster?):
Krabbeln im Kreuzmuster (oder, wenn nein, in welchem Muster?):
Selbstständiges Hochziehen zum Stand?
War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten ein auffallend ruhiges Baby, so ruhig, dass Sie manchmal befürchteten, es sei in seinem Bettchen gestorben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf gegen feste Gegenstände? Gibt es eine Vorgeschichte von Kopfverletzungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind auffallend spät (>1,5 Jahre) oder früh (<12 Monate) laufen gelernt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt (Zwei- und Dreiwortsätze) (> 2,5 Jahre)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte es auffällige Schwierigkeiten sich selber anzuziehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zeigt es irgendwelche allergische Reaktionen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:
Gab es irgendwelche auffälligen Reaktionen nach den Impfungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:
Machte oder macht Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren gelegentlich ins Bett? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zusätzliche Angaben zum Vorschulalter (z.B. besonders ängstlich und schreckhaft?): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Kind extreme Vorlieben bezüglich seiner Ernährung (z.B. Heißhunger auf Süßes?):

Kindergarten:

Ab welchem Alter besuchte Ihr Kind den Kindergarten?
Kindergartenart?
Wie ist (war) das Verhalten Ihres Kindes im Kindergarten?
Wie macht(e) Ihr Kind beim Sport/Kinderturnen im Kindergarten mit?
Wie macht(e) Ihr Kind beim Basteln im Kindergarten mit?
Wie macht(e) ihr Kind beim Malen im Kindergarten mit?

Entwicklung in den ersten Schulklassen

Ab welchem Alter besuchte Ihr Kind die Schule?
Hat Ihr Kind bereits einmal oder mehrfach die Schule gewechselt? Wenn ja bitte mit Verlauf eintragen und Begründung:
Wie kam bzw. kommt Ihr Kind in der ersten Klasse zurecht?
Hatte Ihr Kind in den ersten Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Lesen zu lernen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind in den ersten Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Schreiben zu lernen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind in den ersten Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Rechnen zu lernen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kann sich Ihr Kind gut auf schulische Dinge konzentrieren?
Wie lange benötigt Ihr Kind für die Hausaufgaben?
Trödelt es oft bei den Hausaufgaben?
Kann Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig erledigen?
Geht Ihr Kind gern zur Schule? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind die schulischen Leistungen <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> überdurchschnittlich <input type="checkbox"/> unterdurchschnittlich?

Verlauf

Bekommt oder bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche? (z.B.: Ergotherapie, Psychomotorik, Logopädie, Castillo-Moralez, Craniosakral-Therapie, Tomatis-Therapie)
Bekommt Ihr Kind derzeit Medikamente? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche?
War eine häufige Medikamenteneinnahme (z.B. Antibiotika, Epilepsiemedikamente) erforderlich?
Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte es Schwierigkeiten, die Uhrzeit abzulesen (nicht Digitaluhr) bzw. sich insgesamt in der Zeit (Wochentage, Monate etc.) zurecht zu finden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War / ist Ihr Kind ein „Hals- Nasen- und Ohren“ Kind, d.h. litt / leidet es an häufigen Infektionen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neigt Ihr Kind zu häufigen Infekten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Neigt Ihr Kind zu häufigen Mittelohrentzündungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<u>Lesen und schreiben</u>
Verkürzter Lese/Schreibabstand <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dreht den Kopf oder das Buch/Blatt beim Lesen/Schreiben schräg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Benutzt beim Lesen gern ein Lineal/Finger o.ä. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lässt Buchstaben oder Ziffern aus, lässt Endungen weg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verliert beim Lesen leicht die Zeile / lässt ganze Zeilen/Wörter aus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fängt längeres Wort richtig an, „liest“ aber falsch weiter („Ratelesen“) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kann sich schlecht merken/vorstellen was gerade gelesen wurde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Muss laut lesen oder Lippen bewegen um den Textinhalt zu verstehen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Muss mehrfach das Gleiche lesen um den Sinn zu verstehen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Macht beim Lesen einen angestregten Eindruck <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Muss beim Lesen häufig gähnen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unregelmässiges Schriftbild, wird schlechter je mehr es schreibt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verwechselt Buchstaben wie d und b, q und p usw. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liest nicht gern freiwillig, am ehesten Comics <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liest gern und lange im Bett vorm Einschlafen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kopfschmerzen während des Tages zunehmend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<u>Mathematik</u>
Benutzt beim Zählen immer noch die Finger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bereiten Textaufgaben größere Schwierigkeiten als Rechenaufgaben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist der Zahlenraum sicher und geläufig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bis 20 <input type="checkbox"/> bis 100 <input type="checkbox"/> bis 1000
<u>Allgemein:</u>
Blinzelt auffällig häufig (alle paar Sekunden) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vermeidet direkte Blickkontakte („flüchtiger Blick“) mit anderen Personen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Spielt allgemein gern den „Klassen-Kasper“ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Möchte möglichst nur draußen sein – immer „rumtollen“ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist eher ein „Stubenhocker“, hat kaum Freundschaftskontakte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

Ist öfter mal „abwesend“, sog. „Tagträumer“ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Spielt oft und ausdauernd „Gameboy“ / Computer o.ä. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mag keine Veränderungen in seinem Umfeld (auch familiär) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sucht häufig etwas, das „vor der Nase“ liegt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Muss alles anfassen, um es erklären zu können (auch was man eigentlich schon kennt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat allgemein ein schlechtes Zeitgefühl <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Reibt sich öfters die Augen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ausdauernde Konzentration fällt schwer/ wird zappelig / aggressiv / laut <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B. Kappe/Haare etc.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Weiß die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen („es ist eben so“) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bewegung

Schwierigkeiten beim Ausmalen/Ausschneiden von Mustern/Figuren usw. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sieht an der Tafel / am Projektor schlecht / verschwommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tafel (Ferne) oder Buchstaben (Nähe) erscheinen zeitweise doppelt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vermehrte Fehler beim Abschreiben von der Tafel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, trifft/fängt falsch – zu früh / zu spät <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Spielt ungern Ball z.B. Handball, Fussball, Völkerball, Federball usw. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ängstlich beim Geräteturnen/Bockspringen/kleinen Höhenunterschieden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich leicht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fährt ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verwechselt häufig Rechts und Links <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eckt öfter an oder stolpert / wirft leicht etwas um <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat schlechte allgemeine motorische Koordination <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eher ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadel, usw.) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Läuft auf unebenen Boden unsicher (z.B. Waldboden) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte es Schwierigkeiten, Fahrradfahren (ohne Stützräder) zu lernen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatte es Schwierigkeiten, Schwimmen zu lernen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Was erhoffen, erwarten Sie sich von dem Training für Ihr Kind?

Ich stimme den DSGVO von der ENWAKO GmbH zu. (www.ENWAKO.de PDF: Datenschutz ENWAKO GmbH)

Elterliches Einverständnis

Ort Unterschrift.....
Datum.....