



## Fragebogen ENWAKO<sup>®</sup>

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.  
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

E-mailadresse: \_\_\_\_\_

Berufe der Eltern: \_\_\_\_\_

### 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.

### Vorgeschichte

Wurde Ihr Kind schon augenärztlich untersucht?  Ja, am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

Hat jemand in der Familie visuelle Auffälligkeiten?  Ja  Nein

Wurde Ihr Kind schon in der Sehschule behandelt?  Ja  Nein

Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt?  Ja  Nein

Wurde Ihr Kind an den Augen operiert?  Ja  Nein

### Schwangerschaft und Geburt

Gab es in der Schwangerschaft irgendwelche Probleme?  Ja  Nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: \_\_\_\_\_

Die Geburt erfolgte in welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft unter starkem emotionalen Stress?  Ja  Nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: \_\_\_\_\_

Wir waren die APGAR-Werte Ihres Kindes?    und der pH-Wert:

Gewicht bei Geburt: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Geburt:  spontan  mit Saugglocke  nach Einleitung  Kaiserschnitt  BEL

Wurde Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein

Gab es Trinkschwierigkeiten?  Ja  Nein

War Ihr Kind ein „Schreibaby“?  Ja  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?

Ja  Nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

---

---

---

## Erste frühkindliche Entwicklung:

Wann drehte sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken? \_\_\_\_\_

Wann begann Ihr Kind mit dem aktiven, gezielten Greifen? \_\_\_\_\_

Wann drehte sich ihr Kind vom Rücken auf den Bauch? \_\_\_\_\_

Wann begann Ihr Kind frei zu sitzen? \_\_\_\_\_

Wann konnte Ihr Kind seinen Kopf selbständig hochhalten? \_\_\_\_\_

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?  Ja  Nein

War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf?  Ja  Nein

gegen feste Gegenstände? Gibt es eine Vorgeschichte von Kopfverletzungen?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind auffallend spät (>1,5 Jahre) oder früh (<12 Monate) laufen gelernt?  Ja  Nein

- Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt (Zwei- und Dreiwortsätze) (> 2,5 Jahre)?  Ja  Nein
- Hatte es auffällige Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen?  Ja  Nein
- Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma?  Ja  Nein
- Zeigt es irgendwelche allergische Reaktionen?  Ja  Nein
- Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: \_\_\_\_\_
- Gab es irgendwelche auffälligen Reaktionen nach Impfungen?  Ja  Nein
- Falls ja, welche? \_\_\_\_\_
- Machte oder macht Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren gelegentlich ins Bett?  Ja  Nein
- Zusätzliche Angaben zum Vorschulalter? (z.B. besonders ängstlich und schreckhaft) \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind extreme Vorlieben bezüglich seiner Ernährung? (z.B. bestimmter Konsistenzen)  Ja  Nein

## Kindergarten:

- Ab welchem Alter besucht(e) 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 besucht(e) Ihr Kind die Schule? \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind bereits einmal oder mehrfach die Schule gewechselt?  Ja  Nein
- 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?  Ja  Nein
- Hatte Ihr Kind in den ersten Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Schreiben zu lernen?  Ja  Nein
- Hatte Ihr Kind in den ersten Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Rechnen zu lernen?  Ja  Nein
- Wie ist das Verhalten Ihres Kindes in der Schule? \_\_\_\_\_
- Wie ist das Verhalten Ihres Kindes, Lehrern & Mitschülern gegenüber? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Welche Rückmeldungen gibt es von Seiten der Lehrkräfte? \_\_\_\_\_
- Wie lange braucht Ihr Kind für die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_
- Benötigt es hierbei Hilfe? \_\_\_\_\_
- Sind die schulischen Leistungen:  durchschnittlich  überdurchschnittlich  unterdurchschnittlich

## Verlauf:

Bekommt oder bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien? Welche?  Ja  Nein

---

Bekommt Ihr Kind derzeit Medikamente? Welche?  Ja  Nein

War eine häufige Medikamenteneinnahme (z.B. Antibiotika, Epilepsiemedikamente) erforderlich?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

---

Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen  
oder Bewegungen auffallend stark?  Ja  Nein

Neigt Ihr Kind zu häufigen Infekten?  Ja  Nein

Neigt Ihr Kind zu häufigen Mittelohrentzündungen/Paukenergüssen?  Ja  Nein

## Lesen, Schreiben & Rechnen:

Verkürzter Lese/Schreibabstand  Ja  Nein

Dreht den Kopf oder das Buch/Blatt beim Lesen/Schreiben schräg  Ja  Nein

Benutzt beim Lesen gern ein Lineal/Finger o.ä.  Ja  Nein

Lässt Buchstaben oder Ziffern aus, lässt Endungen weg  Ja  Nein

Verliert beim Lesen leicht die Zeile / lässt ganze Zeilen/Wörter aus  Ja  Nein

Fängt längeres Wort richtig an, „liest“ aber falsch weiter („Ratelesen“)  Ja  Nein

(Vermehrte Fehler beim Abschreiben von der Tafel-Heft)

Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern oder umgekehrt umzustellen  Ja  Nein

Muss laut lesen oder Lippen bewegen um den Textinhalt zu verstehen  Ja  Nein

Muss mehrfach das Gleiche lesen um den Sinn zu verstehen  Ja  Nein

Macht beim Lesen einen angestregten Eindruck  Ja  Nein

Muss beim Lesen häufig gähnen  Ja  Nein

Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen  Ja  Nein

Fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände)  Ja  Nein

Unregelmäßiges Schriftbild, Schrift wird schlechter je mehr das Kind schreibt  Ja  Nein

Verwechselt Buchstaben wie d und b, q und p usw  Ja  Nein

Liest nicht gern freiwillig, am ehesten Comics  Ja  Nein

Benutzt beim Zählen immer noch die Finger  Ja  Nein

Bereiten Textaufgaben größere Schwierigkeiten als Rechenaufgaben?  Ja  Nein

Ist der aktuelle Zahlenraum sicher und geläufig?  Ja  Nein

Hat es Schwierigkeiten, die Uhrzeit abzulesen (nicht Digitaluhr) bzw. sich insgesamt  Ja  Nein

in der Zeit (Wochentage, Monate etc.) zurecht zu finden?

Hat allgemein ein schlechtes Zeitgefühl  Ja  Nein

# Allgemein:

Wie ist das Verhalten Ihres Kindes zu Hause \_\_\_\_\_

---

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Blinzelt auffällig häufig (alle paar Sekunden)                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Reibt sich öfters die Augen   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hat oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen                                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sieht an der Tafel / am Projektor schlecht / verschwommen                           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B. Kappe/Haare etc.)             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Vermeidet direkte Blickkontakte („flüchtiger Blick“) mit anderen Personen           | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kopfschmerzen während des Tages zunehmend   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Stößt häufiger andere Kinder oder fühlt sich von ihnen gestoßen?                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Spielt allgemein gern den „Klassen-Kasper“  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Möchte möglichst nur draußen sein – immer „rumtollen“                               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist eher ein „Stubenhocker“, hat kaum Freundschaftskontakte                         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist öfter mal „abwesend“, sog. „Tagträumer“   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Spielt oft und ausdauernd „Handy“ / Tablet o.Ä.                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht                                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Mag keine Veränderungen in seinem Umfeld (auch familiär)                            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sucht häufig etwas, das „vor der Nase“ liegt  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Muss alles anfassen, um es erklären zu können (auch was man eigentlich schon kennt) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ausdauernde Konzentration fällt schwer/ wird zappelig / aggressiv / laut            | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Weiß die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen („es ist eben so“)         | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

## Bewegung:

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Schwierigkeiten beim Ausmalen/Ausschneiden von Mustern/Figuren usw                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, trifft/fängt falsch – zu früh / zu spät        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Spielt ungern Ball z.B. Handball, Fussball, Völkerball, Federball usw.                | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ängstlich beim Geräteturnen/Bockspringen/kleinen Höhenunterschieden                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich leicht                                       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fährt ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä.  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Übelkeit beim Autofahren / Busfahren  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Verwechselt häufig Rechts und Links   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Eckt öfter an oder stolpert / wirft leicht etwas um                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hat schlechte allgemeine motorische Koordination                                      | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Eher ungeschickt mit Werkzeugen <small>(Hammer, Schraubenzieher, Nadel, usw.)</small> | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Geht Treppen nicht alternierend <small>(Berührt jede Stufe mit beiden Füßen)</small>  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Läuft auf unebenem Boden unsicher <small>(z.B. Waldboden)</small>                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hatte es Schwierigkeiten, Fahrradfahren zu lernen? <small>(ohne Stützräder)</small>   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hatte es Schwierigkeiten, Schwimmen zu lernen?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen?                                     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

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

---

---

---

---

Ich stimme der DSGVO von ENWAKO® GmbH zu.  
(Diese können Sie auf unserer Homepage [enwako.de](http://enwako.de) nachlesen.)

Elterliche Einverständniserklärung:

Ort: ..... Unterschrift: .....

Datum: .....