

# FRAGEBOGEN ERNÄHRUNG

Bitte Zutreffendes ankreuzen und gegebenenfalls erläutern

## Leidet Ihr Kind wiederkehrend an folgenden Symptomen?

Koliken  ja  nein

Bauchschmerzen  ja  nein

Magenschmerzen  ja  nein

Aufstoßen  ja  nein

Blähungen  ja  nein

Verstopfung  ja  nein

Durchfall  ja  nein

Andere Magen-Darmprobleme \_\_\_\_\_

---

Ekzeme  ja  nein

Trockene oder raue Hautareale an Gesicht oder Armen  ja  nein

Körnige Haut an den Oberarmen oder Oberschenkeln  ja  nein

Dermatitis  ja  nein

Andere Hautprobleme \_\_\_\_\_

---

Mundsoor  ja  nein

Mundgeruch  ja  nein

Halsschmerzen  ja  nein

Ohrentzündungen  ja  nein

Nasennebenhöhlen- oder Stirnhöhlenentzündung  ja  nein

Schnarchen  ja  nein

Laufende Nase  ja  nein

Verstopfte Nase  ja  nein

Mundatmung  ja  nein

Heuschnupfen  ja  nein

**Asthma, ausgelöst durch:**

Körperliche Anstrengung  ja  nein

Infektion  ja  nein

Staub  ja  nein

Schimmel  ja  nein

Tierhaare  ja  nein

Lebensmittel  ja  nein

Andere \_\_\_\_\_

---

Leidet Ihr Kind unter übermäßigem Durst?  ja  nein

Werden die oben angekreuzten Symptome stärker,  
wenn Ihr Kind länger als 2 bis 3 Stunden nichts isst?  ja  nein

Gibt es Lebensmittel, die Verhaltensänderungen bei Ihrem Kind auslösen?  ja  nein

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten, bzw. allergische  
Reaktionen auf bestimmte Lebensmittel?  ja  nein

Wenn Ja, auf welche \_\_\_\_\_

---

# FRAGEBOGEN HÖREN

Bitte Zutreffendes ankreuzen und gegebenenfalls erläutern

Gab es bei Ihrem Kind Verzögerungen in der motorischen Entwicklung?  ja  nein

Gab es Verzögerungen in der Sprachentwicklung?  ja  nein

Leidet oder litt Ihr Kind an wiederkehrenden Ohrinfektionen?  ja  nein

Wurden Untersuchungen zur Hörfähigkeit und/oder Hörverarbeitung durchgeführt?  ja  nein

Wurden die Ohren Ihres Kindes operiert?  ja  nein

## Treffen folgende Symptome auf Ihr Kind zu:

Kurze Aufmerksamkeitsspanne  ja  nein

Ablenkbarkeit  ja  nein

Geräuschempfindlichkeit  ja  nein

Verständnisschwierigkeiten bei Fragen  ja  nein

Verwechslung ähnlich klingender Wörter  ja  nein

Muss oft nachfragen  ja  nein

Unfähigkeit, mehreren Aufträgen zu folgen  ja  nein

Erschöpfung am Tagesende  ja  nein

Hyperaktivität  ja  nein

Neigung zu Niedergeschlagenheit, depressiven Verstimmungen  ja  nein

Flache, monotone Stimme  ja  nein

Zögernde Sprache  ja  nein

Kleiner Wortschatz  ja  nein

Fehlerhafter Satzbau  ja  nein

Fehlerhafte Grammatik  ja  nein

„Falsches“ Singen  ja  nein

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Aussprachefehler bei einzelnen Buchstaben | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leseprobleme                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwaches Leseverständnis                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Probleme beim lauten Lesen                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Probleme beim Buchstabieren               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Geringe Frustrationstoleranz              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Geringes Selbstwertgefühl                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwierigkeiten, Freunde zu finden        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rückzugstendenzen                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenig Motivation und Interesse            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Unreife                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reizbarkeit                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Irritierbarkeit                           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Scheu und Schüchternheit                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |