

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 |