



Anmeldebogen

Daten des Kindes

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Alter bei der Anmeldung

Schule und Klasse

Daten der Mutter

Vor- und Nachname

Straße, Nr., Plz, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Sorgerecht für das behandelnde Kind

Ja

Nein



Daten des Vaters

Vor- und Nachname

Straße, Nr., Plz, Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Sorgerecht für das behandelnde Kind

Ja

Nein

Schwere oder chronische Erkrankungen des Kindes



Rechtliche Hinweise

Dr. Birgit Stuck arbeitet als Pädagogin und Coach und ist kein Arzt / Heilpraktiker / Therapeut / Psychiater. Ihre angebotenen Dienstleistungen sind keine Behandlung im medizinischen oder naturheilkundlichen Sinn. Dr. Birgit Stuck arbeitet nicht an Diagnosen wie ADHS, ADS, Legasthenie oder Dyskalkulie, sondern macht ein für die Entwicklung des Kindes unterstützendes Bewegungsprogramm. Die Arbeitsmethoden der RIT-Reflexintegration, der Sensorische Integration sowie der Evolutionspädagogik sind Bewegungstrainings und dienen ausschließlich der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Entwicklung der neuronalen Schulreife.

Die Inanspruchnahme der angebotenen Dienstleistung ersetzt keinen falls den Besuch / die Behandlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker.

Es werden keine Diagnosen gestellt, keine Heilversprechen gegeben, keine Medikamente verabreicht oder empfohlen, primär keine Leiden mit medizinischem Erfordernis behandelt.

Sofern die teilnehmenden Kinder anlässlich des Trainings, im Rahmen der Betreuung oder bei sonstigen Aktivitäten von Elternteilen begleitet werden, liegt die ausschließliche Beaufsichtigung und Haftung für die jeweiligen eigenen Kinder bei den teilnehmenden Elternteilen. In diesen Fällen ist eine Haftung aus welchem Rechtsgrund auch immer und zu welchem Verschuldensgrad auch immer seitens des Auftragnehmers für die begleitenden Kinder ausgeschlossen.

Bei Übernahme der Betreuung durch den Auftragnehmer bzw. die eingesetzten Betreuer wird nicht für ordnungswidriges, strafbares oder unsittliches Verhalten haftet. Wenn derartige Verhalten gesetzt werden, erfolgt ein sofortiger Ausschluss aus den jeweiligen Sitzungen. Der jeweilige Erziehungsberechtigte haftet für vorsätzlich oder fahrlässig verursachte Schäden des jeweiligen Teilnehmers. Er bestätigt über einen ausreichenden Versicherungsschutz (Sach- und Unfallversicherung) des jeweiligen in die Sitzung geschickten Kindes selbst Sorge zu tragen. Gleichfalls wird seitens des Auftragnehmers und des von ihm eingesetzten Personals nicht für Diebstähle oder Verlust von Wertgegenständen und Bargeld haftet. Eine Haftung für Schäden des jeweiligen betreuten Kindes aus jeglichem Rechtsgrund, einschließlich Verzug, Unmöglichkeit, Schlechterfüllung sowie außervertragliche deliktische Haftung wird – soweit rechtlich zulässig – einvernehmlich ausgeschlossen, es sei denn es wird nachgewiesen, dass der Schaden durch den Auftragnehmer grob fahrlässig oder vorsätzlich verursacht wurde. Eine Haftung für entgangenen Gewinn, insbesondere für den Fall des Vorsatzes oder der groben Fahrlässigkeit, ist ausgeschlossen. Der Auftragnehmer haftet auch bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz nicht für atypisch- oder nicht vorhersehbare Folgeschäden. Sollten vorstehende Haftungsbegrenzungen im Einzelfall nicht zulässig sein, so gilt in jedem erdenklichen Fall als maximale Haftungsbegrenzung die jeweilige von unserer Haftpflichtversicherung für den konkreten Fall gedeckte Summe.



WhatsApp

Beim Kontakt per WhatsApp gelten die AGB und die Datenschutzrichtlinien der WhatsApp Ireland Limited, 4 Grand Canal Square, Grand Canal Harbour, Dublin 2, Irland - einzusehen unter <https://www.whatsapp.com/contact>.

Stimmen Sie der Kommunikation per WhatsApp zu? (Alternativ kontaktiere ich Sie per Telefon, Sms oder E-Mail).

Ich stimme zu: Ja Nein

Virtuelles Meeting

Stimmen Sie der Online- Kommunikation in Form von virtuellen Kundengesprächen zu?

Ich stimme zu: Ja Nein

Datenschutzverordnung

Gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO) stimme/n ich/wir der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und der personenbezogenen Daten meines Kindes für den Zweck der Vorbereitung und Durchführung des RIT-Trainings / des Bewegungstrainings / des Lerntrainings / des Coachings / der Beratung zu.

Meine Daten werden von Dr. Birgit Stuck verarbeitet und gespeichert. Praxisdokumentationen werden längstens 3 Jahre nach Abschluss des Trainings aufbewahrt. Vertrags- und Rechnungsdaten werden entsprechend den steuerlichen Vorgaben aufbewahrt.

Ich stimme zu: Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern / des Elternteils

Als Praktische Pädagogin spezialisiere ich mich seit 2002 auf kindliche Verhaltensthemen mit den Schwerpunkten der Wahrnehmungsstörungen, Hyperaktivität, ADHS, Legasthenie und diversen weiteren Verhaltensproblemen sowie Schul- und Konzentrationsproblemen. Ich bin selbst Mutter und betrachte das Begleiten der Kinder stets aus dem ganzheitlichen Aspekt.



Vergleichen wir unseren Körper mit einem Haus, dann weiß man, dass immer alles mit dem Fundament beginnt. Hat man ein stabiles Fundament, so hat das Haus wesentlich mehr Möglichkeiten in der Entwicklung und Entfaltung. Und genau so sieht es bei uns Menschen aus:

Sind unsere frühkindlichen Reflexe integriert und die Basissinne wie das Spüren, das Fühlen, das Wahrnehmen und das Gleichgewicht gut ausgeprägt, dann können sich auch die nächsten Stockwerke mit z.B. der Grobmotorik und dem Muskeltonus gut aufbauen oder die darüber liegenden Stockwerke mit der Raumorientierung, der Aufmerksamkeit, der Konzentration bis hin zum Dach, wo es schlussendlich um die Lebensfreude und die Stabilität des seelischen Gleichgewichts geht, die unser Ziel für ein gesundes und glückliches Leben sein sollen.

In meiner Praxis unterstütze ich meine Klienten dabei, die Grundlage für Lernen und Verhalten zu schaffen, um wieder mehr Freude am Lernen und Tun zu bekommen.

Binden Sie bei der Beantwortung der Fragen zum Thema „Schule“ auch gerne die Pädagogen Ihres Kindes mit ein (sofern Sie sich bei der Beantwortung gewisser Fragen nicht sicher sind).



Vorname, Nachname des Kindes

Was ist Ihr Hauptanliegen

Bisherige Fördermaßnahmen



Fragebogen zur Schwangerschaft, Geburt, Entwicklung des Kindes und zu der aktuellen Situation		
1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche oder persönliche Probleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3. Gab es Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6. Wurde Ihr Kind durch einen Wunschkaiserschnitt geboren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder zu lang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8. Gab es wehen-fördernde oder wehen-hemmende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10. War Ihr Kind nach der Geburt im Inkubator/ Brutkasten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12. Litt Ihr Kind an Mittelohrzündungen, Paukenergüsse oder hatte es Paukenröhrchen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14. Ist Ihr Kind übersensibel gegenüber Geräuschen? (es wird z.B. leicht durch Geräusche gestört)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15. Ist Ihr Kind übersensibel gegenüber Licht / Helligkeit (es fühlt sich z.B. schnell geblendet)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
16. Ist Ihr Kinder übersensibel gegenüber Berührung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
17. Mag Ihr Kind keine laute Umgebung: versteht es das Gesagte dann nicht gut oder kann sich nicht gut konzentrieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
18. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
19. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
20. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
21. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
22. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
23. Fällt es Ihrem Kind schwer eine feste Faust zu machen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
24. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
25. Macht Ihr Kind beim Schreiben oder Malen Mundbewegungen oder beißt es die Zähne zusammen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
26. Drückt Ihr Kind den Stift bei Gebrauch sehr stark auf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
27. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben, ermüdet es sehr schnell dabei?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
28. Wenn sich Ihr Kind in Bauchlage auf die Unterarme stützt, den Oberkörper und Kopf anhebt, faustet es dann die Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



29. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
30. Rollt Ihr Kind die Zehen immer wieder ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
31. Zieht Ihr Kind Strümpfe und Schuhe umständlich an?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
32. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
33. Räkelt und streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen (Kopf nach hinten - Beine nach vorne)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
34. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
35. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
36. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
37. Fragt Ihr Kind oft nach, oder sagt oft "was"?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
38. Findet es das Abschreiben von der Tafel anstrengend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
39. Leidet Ihr Kind an Reiseübelkeit, z.B. schlecht werden beim Autofahren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
40. Verdreht oder verwechselt Ihr Kind Buchstaben wie zum Beispiel b und d?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
41. Verwechselt Ihr Kind ähnlich klingende Laute und Wörter?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
42. Kann sich Ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
43. Hat es gutes mündliches Wissen kann aber nicht aufs Papier gebracht werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
44. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibschrift)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
45. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt im 90° Winkel vor sich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
46. Hat es Schwierigkeiten in Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
47. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
48. Ist Ihr Kind leicht reizbar, schnell wütend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
49. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben die Linie einzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
50. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten? (zu langsam, Verwechslung von Buchstaben)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
51. Hat Ihr Kind ein geringes Leseverständnis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
52. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
53. Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus nachts eingenässt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
54. Ist „Bettnässen“ noch immer ein Thema?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
55. Mag Ihr Kind keine enge Kleidung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
56. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
57. Neigt es zur Schwatzhaftigkeit, bzw. redet es übergebührllich viel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
58. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
59. Sitzt Ihr Kind gerne auf einem oder beiden Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



60. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
61. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
62. Hat Ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
63. Schaut Ihr Kind oft misstrauisch (Kopf geht nach unten, Blick geht von unten nach oben)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
64. Hat Ihr Kind oft einen "hochnäsigen" Blick (Kopf ist im Nacken, Blick geht von oben herab)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
65. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
66. Lernt Ihr Kind schlecht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
67. Nimmt Ihr Kind während des Tages wenig Flüssigkeit zu sich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
68. Hat Ihr Kind ständig Hunger nach Süßem?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
69. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
70. Liebt Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
71. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
72. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
73. Flüchtet sich Ihr Kind gerne in eine Fantasiewelt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
74. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, "bewegt" sich nicht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
75. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
76. Kann sich Ihr Kind schlecht konzentrieren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
77. Trägt oder trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
78. Sind Zahnfehlstellung zu erkennen / Gotischer Gaumen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
79. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
80. Hat Ihr Kind sehr lange Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
81. Hat Ihr Kind eine eher undeutliche Aussprache? Greif, Babkin, STNR, Benaudira	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
82. Hat Ihr Kind eine unangemessen laute Stimme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
83. Hat Ihr Kind eine unangemessen leise Stimme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
84. Hatte Ihr Kind einen späten oder verlangsamten Spracherwerb?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bitte senden Sie mir den beantworteten Fragebogen per Mail an: praxis@birgit-stuck.at. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihre Dr. Birgit Stuck