

Nr	Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte des Kindes	Ja	Nein
1	Gab es während der Schwangerschaft Auffälligkeiten körperlichen oder psychischen Ursprungs?		
2	Gab es Komplikationen bei der Geburt? (Zange / Saugglocke / Nabelschnur um den Hals / sonstiges)		
3	Ist Ihr Kind mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt gekommen?		
4	Kam Ihr Kind durch einen Kaiserschnitt zur Welt? (Wunschkaiserschnitt? Notkaiserschnitt? Medizinisch geplanter Kaiserschnitt)		
5	War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lange / kurz?		
6	Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert/gehemmt?		
7	Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?		
8	Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf Geräusche?		
	... auf Berührung?		
	... auf Helligkeit / Licht?		
9	Hat Ihr Kind schnell Angst?		
10	Leidet es an überdurchschnittlicher Trennungsangst?		
11	Hat Ihr Kind Angst vor der Schule und zeigt sogar körperliche Symptome? (Bauchweh / Übelkeit)		
12	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben von Diktaten?		
13	Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?		
14	Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?		
15	Macht Ihr Kind Mund- / Zungenbewegungen beim Schreiben oder beißt die Zähne fest zusammen?		
16	Spricht Ihr Kind undeutlich?		
17	Krallt Ihr Kind die Zehen?		
18	Geht Ihr Kind überwiegend auf Zehenspitzen?		
19	Stützt Ihr Kind beim Sitzen häufig den Kopf mit mindestens einer Hand?		
20	Neigt Ihr Kind eher zum "Lümmeln" beim Sitzen?		
21	Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?		
22	Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel oder aus Büchern?		
23	Wird Ihrem Kind beim Autofahren schlecht?		
24	Schreibt Ihr Kind in Spiegelschrift oder vertauscht die Buchstaben b und d?		
25	Hat Ihr Kind einen schlechten Orientierungssinn?		

Datum: _____

Alter: _____

Name des Kindes: _____

Nr	Fragebogen	Ja	Nein
26	Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?		
27	Legt Ihr Kind das Heft schief vor sich zum Schreiben?		
28	Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?		
29	Kann Ihr Kind Gelesenes schlecht verstehen oder liest es zu langsam?		
30	Hat Ihr Kind länger als bis zum 5. Lebensjahr nachts eingenäßt?		
31	Ist Ihr Kind eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich?		
32	Ist Ihr Kind direkt gelaufen / Hat es das Krabbeln ausgelassen?		
33	Sitzt Ihr Kind auf dem Stuhl auf einem Fuß oder auf beiden Füßen?		
34	Schlingt Ihr Kind beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine?		
35	Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen?		
36	Hat Ihr Kind Probleme, das Schwimmen zu erlernen?		
37	Fällt es Ihrem Kind schwer, still zu sitzen?		
38	Braucht Ihr Kind Routine?		
39	Läßt sich Ihr Kind leicht ablenken?		
40	Hat Ihr Kind Asthma / Allergien / Ist es häufig erkältet?		
41	Ist Ihr Kind oft weinerlich?		
42	Hat Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?		
43	Hat Ihr Kind einen übermäßigen Speichelfluß?		
44	Hat Ihr Kind verhältnismäßig lange Daumen gelutscht / Schnuller genommen?		

Name des Kindes: _____

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen vor der Behandlung an
Ihren Ansprechpartner für KinFlex®.
Bei mindestens 5 Ja-Antworten lohnt es sich, einen Termin zu vereinbaren :-)

kinderleichterleben mit KinFlex®