

Persönliche Angaben

Name / Vorname	Geburtsdatum



Kinflex® Fragebogen

Fragebogen für erwachsene Klienten	Ja	Nein
1. Gab es während der Schwangerschaft Auffälligkeiten körperlichen oder psychischen Ursprungs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gab es Komplikationen bei der Geburt? (Zange / Saugglocke / Nabelschnur um den Hals / sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Sie mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt gekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kamen Sie durch einen Kaiserschnitt zur Welt? (Wunschkaiserschnitt? Notkaiserschnitt? Medizinisch geplanter Kaiserschnitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lange / kurz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert / gehemmt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Liegt eine Diagnose vor wie z.B. LRS , AD(H)S ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nehmen Sie regelmässig Medikament ein? Wenn ja Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reagieren Sie überempfindlich auf Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Reagieren Sie überempfindlich auf Helligkeit / Licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben Sie schnell / häufig Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sind Sie leicht reizbar oder wütend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Können Sie schlecht mit Veränderungen umgehen ? (entgegen der Routine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Leiden Sie an Asthma, Allergien oder sind häufig erkältet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haben Sie häufig Verspannungen im Schulter- und/oder Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Haben Sie Artikulationsprobleme ? (Lispeln, Stottern, ... ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kauen Sie an Stiften und/oder Fingernägeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Drücken Sie beim Schreiben den Stift sehr feste auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob-/Feinmotorik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Knirschen Sie (nachts?) mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Haben Sie eine eher schlechte Raumorientierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Schlingen Sie beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine oder sitzen gerne auf einem Bein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Kinflex® Fragebogen Seite 2

Fragebogen für erwachsene Klienten	Ja	Nein
25. Haben Sie Schwierigkeiten beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sind Sie kurzsichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Haben Sie eine Beinlängendifferenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Leiden Sie unter Rückenproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Legen Sie das Blatt beim Schreiben „schief“ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Haben Sie eine rechts- links Differenzierungsschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und/oder Werfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sind Ihre Schuhe auffällig einseitig abgelaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Kommen Sie im Strassenverkehr beim Schulterblick leicht aus der Fahrspur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Haben Sie Löcher in den Socken/Schuhen am grossen Zeh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Vermeiden Sie enge Kleidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Liegt eine Intoleranz gegen Casein/Gluten vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beachten Sie, dass es bestimmt einige Fragen gibt, welche Sie nicht beantworten können. Das macht nichts. Füllen Sie einfach die Fragen aus, welche Ihnen bekannt sind.

Danach speichern Sie das Dokument (PDF) auf Ihren PC und senden es mir gerne per E-Mail zu an barbara@empathieforyou.ch .

Herzlichen Dank.

Bei **mindestens 5 Ja-Antworten** lohnt es sich, einen Termin zu vereinbaren :-)

Für eine KinFlex® Reflextherapie benötige ich den ausgefüllten Fragebogen vor der Terminvereinbarung.

KinFlex. Reflextherapie - für mehr Leichtigkeit in Ihrem Familienleben!