

Persönliche Angaben

Name / Vorname	Geburtsdatum



**Kinflex® Fragebogen**

Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte des Kindes	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. Ist Ihr Kind mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kam Ihr Kind 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. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...auf Berührung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...auf Helligkeit / Licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hat Ihr Kind schnell Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Leidet es an überdurchschnittlicher Trennungsangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule und zeigt sogar körperliche Symptome? (Bauchweh / Übelkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben von Diktaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Macht Ihr Kind Mund / Zungenbewegungen beim Schreiben oder beißt die Zähne fest zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Spricht Ihr Kind undeutlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Krallt Ihr Kind die Zehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Geht Ihr Kind überwiegend auf Zehenspitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Stützt Ihr Kind beim Sitzen häufig den Kopf in mindestens eine Hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Neigt Ihr Kind eher zum "Lümmeln" beim Sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel oder aus Büchern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte des Kindes	Ja	Nein
23. Wird Ihrem Kind beim Autofahren schlecht? (Reiseübelkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Schreibt Ihr Kind in Spiegelschrift oder vertauscht die Buchstaben b und d?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hat Ihr Kind einen schlechten Orientierungssinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Legt Ihr Kind das Papier / Heft schief vor sich zum Schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ist ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Kann Ihr Kind Gelesenes schlecht verstehen oder liest es zu langsam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hat Ihr Kind länger als bis zum 5. Lebensjahr nachts eingenässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ist Ihr Kind generell eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ist Ihr Kind direkt gelaufen / hat es das Krabbeln ausgelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sitzt Ihr Kind auf dem Stuhl auf einem Fuß oder auf beiden Füßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Schlingt Ihr Kind beim Sitzen seine Beine um die Stuhlbeine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, das Schwimmen zu erlernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Fällt es Ihrem Kind schwer, still zu sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Braucht Ihr Kind Routine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Läßt sich Ihr Kind leicht ablenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Hat Ihr Kind Asthma? Allergien? Ist es häufig erkältet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ist Ihr Kind oft weinerlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Hat Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Hat Ihr Kind einen übermässigen Speichelfluß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Hat Ihr Kind verhältnismäßig lange Daumen gelutscht / Schnuller genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fertig ausgefüllt? Dann speichern Sie das PDF auf Ihren PC und senden es mir gerne per E-Mail an:  
[barbara@empathieforyou.ch](mailto:barbara@empathieforyou.ch)

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.

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!