

| 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 in mindestens eine 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? | | |

Name des Kindes: -----
Alter: ----- Datum: -----

| 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? | | |

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®