



Name des Kindes: _____

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?		
9. auf Berührung?		
10. auf Helligkeit / Licht?		
11. Hat Ihr Kind schnell Angst?		
12. Leidet es an überdurchschnittlicher Trennungsangst?		
13. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule und zeigt sogar körperliche Symptome? Bauchweh / Übelkeit		
14. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben von Diktaten?		
15. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?		
16. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben?		
17. Macht Ihr Kind Mund-/Zungenbewegungen beim Schreiben oder beißt die Zähne fest zusammen?		
18. Spricht Ihr Kind undeutlich?		
19. Krallt Ihr Kind die Zehen?		
20. Geht Ihr Kind überwiegend auf Zehenspitzen?		
21. Stützt Ihr Kind beim Sitzen häufig den Kopf in mindestens eine Hand?		
22. Neigt Ihr Kind eher zum „Lümmeln“ beim Sitzen?		
23. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?		
24. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel oder aus Büchern?		
25. Wird Ihrem Kind beim Autofahren schlecht? (Reiseübelkeit)		
26. Schreibt Ihr Kind in Spiegelschrift oder vertauscht die Buchstaben b und d?		
27. Hat Ihr Kind einen schlechten Orientierungssinn?		
28. Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen?		



Name des Kindes: _____

Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte des Kindes

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

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen vor der Behandlung an Ihren Ansprechpartner für KinFlex® Reflextherapie.

Bei mindestens 5 Ja-Antworten lohnt es sich, einen Termin zu vereinbaren 😊

**KinFlex® Reflextherapie –
für mehr Leichtigkeit in Ihrem Familienleben**