

| Nr | Fragebogen für erwachsene Klienten | 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 | Sind Sie mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt gekommen? | | |
| 4 | Kamen Sie 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 | Liegt eine Diagnose vor wie z.B. LRS, AD(H)S | | |
| 8 | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, WELCHE _____? | | |
| 9 | Reagieren Sie überempfindlich auf Geräusche? | | |
| 10 | Reagieren Sie überempfindlich auf Helligkeit / Licht? | | |
| 11 | Haben Sie schnell/häufig Angst? | | |
| 12 | Haben Sie Gleichgewichtsprobleme? Schwindel? | | |
| 13 | Leiden Sie unter Reiseübelkeit? | | |
| 14 | Sind Sie leicht reizbar oder wütend? | | |
| 15 | Können Sie schlecht mit Veränderungen umgehen? (entgegen der Routine) | | |
| 16 | Leiden Sie an Asthma, Allergien oder sind häufig erkältet? | | |
| 17 | Haben Sie häufig Verspannungen im Schulter- und / oder Nackenbereich? | | |
| 18 | Haben Sie Artikulationsprobleme? (Lispeln, Stottern...?) | | |
| 19 | Kauen Sie an Stiften und/oder Fingernägeln? | | |
| 20 | Drücken Sie beim Schreiben den Stift sehr feste auf? | | |
| 21 | Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob-/ Feinmotorik? | | |
| 22 | Knirschen Sie (nachts?) mit den Zähnen? | | |
| 23 | Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein? | | |
| 24 | Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten? | | |
| 25 | Haben Sie eine eher schlechte Raumorientierung? | | |
| 26 | Schlingen Sie beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine oder sitzen gerne auf einem Bein? | | |
| 27 | Haben Sie Schwierigkeiten beim Brustschwimmen? | | |
| 28 | Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren? | | |
| 29 | Sind Sie kurzsichtig? | | |

Datum _____

Alter _____

Name _____



| Nr | Fragebogen | Ja | Nein |
|----|---|----|------|
| 30 | Haben Sie eine Beinlängendifferenz? | | |
| 31 | Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung festgestellt? | | |
| 32 | Leiden Sie unter Rückenproblemen? | | |
| 33 | Legen Sie das Blatt beim Schreiben "schief"? | | |
| 34 | Haben Sie eine rechts- links Differenzierungsschwäche? | | |
| 35 | Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und/oder Werfen? | | |
| 36 | Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme? | | |
| 37 | Sind Ihre Schuhe auffällig einseitig abgelaufen? | | |
| 38 | Kommen Sie im Strassenverkehr beim Schulterblick leicht aus der Fahrspur? | | |
| 39 | Haben Sie Löcher in Socken/Schuhen am großen Zeh? | | |
| 40 | Vermeiden Sie enge Kleidung? | | |
| 41 | Liegt eine Intoleranz gegen Casein / Gluten vor? | | |

Name _____

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®