

Name : _____

Alter: _____ Datum: _____

N	Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte des Kindes	Ja	Nein
r			
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?		

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

Nr	Fragebogen	Ja	Nein
28	Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?		
29	Sind Sie kurzsichtig?		
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?		

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

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen vor der Behandlung an info@tinakleincoaching.de.

