



Name: <input type="text"/>	Geboren am: <input type="text"/>
----------------------------	----------------------------------

JA    Nein

Gab es während der Schwangerschaft Auffälligkeiten körperlichen oder psychischen Ursprungs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Komplikationen bei der Geburt? (Zange / Saugglocke / Nabelschnur um den Hals / sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist du mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt gekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamst Du durch einen Kaiserschnitt zur Welt? (Wunschkaiserschnitt? Notkaiserschnitt? Medizinisch geplanter Kaiserschnitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lange / kurz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert/gehemmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Diagnose vor wie z.B. LRS, AD(H)S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, WELCHE ? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagierst Du überempfindlich auf Geräusche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagierst Du überempfindlich auf Helligkeit / Licht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du schnell/häufig Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Gleichgewichtsprobleme? Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest Du unter Reiseübelkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du leicht reizbar oder wütend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebst du Routinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidest Du an Asthma, Allergien oder sind häufig erkältet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du häufig Verspannungen im Schulter- und/oder Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Artikulationsprobleme? (Lispeln, Stottern...?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaust Du an Stiften und/oder Fingernägeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drückst Du beim Schreiben den Stift sehr feste auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beobachtest Du bei sich eine eher unkoordinierte Grob- / Feinmotorik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschst Du (nachts?) mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollst Du beim Gehen Ihre Zehen ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Orientierungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du eine eher schlechte Raumorientierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlingst Du beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine oder sitzen gerne auf einem Bein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hast Du Schwierigkeiten beim Brustschwimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kannst Du sich schlecht längere Zeit konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du kurzsichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Deine Schuhe einseitig abgelaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du eher eine gekrümmte Körperhaltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind deine Hände/Arme stark angespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirkst du oft vergesslich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzt du gerne im Schneidersitz oder auf den Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machst du deine Hände zur Faust im Vierfüßlerstand/Unterarmstütz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast du Rechts-Links Differenzierungsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigst du dazu, beim Auto-/Radfahren unabsichtlich in Richtung der Kopfdrehung zu fahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mehr als 5 Fragen mit Ja beantwortet?? Dann ist davon auszugehen, dass hier noch frühkindliche Reflexe restaktiv sind. Melde dich gerne zu einem kostenlosen Erstgespräch.

*KinFlex® für mehr Leichtigkeit im (Familien-)Leben*



Julia Müller  
naturmenschenkinder.de  
0176-84866052