



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

JA Nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Gab es während der Schwangerschaft Auffälligkeiten körperlichen oder psychischen Ursprungs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gab es Komplikationen bei der Geburt? (Zange / Saugglocke / Nabelschnur um den Hals / sonstiges) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ist Ihr Kind mehr als 2 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt gekommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kam Ihr Kind durch einen Kaiserschnitt zur Welt? (Wunschkaiserschnitt? Notkaiserschnitt? Medizinisch geplanter Kaiserschnitt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich lange / kurz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente gefördert/gehemmt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf Geräusche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... auf Berührung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... auf Helligkeit / Licht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hat Ihr Kind schnell Angst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Leidet es an überdurchschnittlicher Trennungsangst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hat Ihr Kind Angst vor der Schule und zeigt sogar körperliche Symptome? (Bauchweh / Übelkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Schreiben von Diktaten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Schreiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Macht Ihr Kind Mund / Zungenbewegungen beim Schreiben oder beißt die Zähne fest zusammen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Spricht Ihr Kind undeutlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Krallt Ihr Kind die Zehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Geht Ihr Kind überwiegend auf Zehenspitzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Stützt Ihr Kind beim Sitzen häufig den Kopf in mindestens eine Hand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Neigt Ihr Kind eher zum "Lümmeln" beim Sitzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel oder aus Büchern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Wird Ihrem Kind beim Autofahren schlecht? (Reiseübelkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Schreibt Ihr Kind in Spiegelschrift oder vertauscht die Buchstaben b und d? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 25. Hat Ihr Kind einen schlechten Orientierungssinn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Sind die mündlichen Noten in der Schule generell besser als die schriftlichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Legt Ihr Kind das Papier / Heft schief vor sich zum Schreiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ist ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Kann Ihr Kind Gelesenes schlecht verstehen oder liest es zu langsam? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Hat Ihr Kind länger als bis zum 5. Lebensjahr nachts eingenässt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ist Ihr Kind generell eher schusselig, unorganisiert oder vergesslich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Ist Ihr Kind direkt gelaufen / hat es das Krabbeln ausgelassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Sitzt Ihr Kind auf dem Stuhl auf einem Fuß oder auf beiden Füßen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Schlingt Ihr Kind beim Sitzen seine Beine um die Stuhlbeine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Hat Ihr Kind Probleme, einen Ball zu fangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, das Schwimmen zu erlernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Fällt es Ihrem Kind schwer, still zu sitzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Braucht Ihr Kind Routine? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Läßt sich Ihr Kind leicht ablenken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Hat Ihr Kind Asthma? Allergien? Ist es häufig erkältet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ist Ihr Kind oft weinerlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Hat Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Hat Ihr Kind einen übermäßigen Speichelfluss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Hat Ihr Kind verhältnismäßig lange Daumen gelutscht / Schnuller genommen? | <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