



Name: _____

Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte - Erwachsene

	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? WELCHE _____		
8. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, WELCHE _____		
9. Sind Sie überempfindlich im Bereich der Sinne?		
10. Reagieren Sie überempfindlich auf Helligkeit / Licht?		
11. Reagieren Sie überempfindlich auf Geräusche?		
12. Reagieren Sie überempfindlich auf taktile Reize? Berührung/Fühlen?		
13. Reagieren Sie überempfindlich auf Gerüche?		
14. Reagieren Sie überempfindlich auf sonstiges? Was? _____		
15. Haben Sie schnell/häufig Angst?		
16. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme? Schwindel?		
17. Leiden Sie unter Reiseübelkeit?		
18. Sind Sie leicht reizbar oder wütend?		
19. Können Sie gut mit Veränderungen umgehen? (entgegen der Routine)		
20. Leiden Sie an Asthma, Allergien oder sind häufig erkältet?		
21. Haben Sie häufig Verspannungen im Schulter- und/oder Nackenbereich?		
22. Haben Sie Artikulationsprobleme? (Lispeln, Stottern ...)		
23. Kauen Sie an Stiften und/oder Fingernägeln?		
24. Drücken Sie beim Schreiben den Stift sehr fest auf?		
25. Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob-/Feinmotorik?		
26. Knirschen Sie (nachts?) mit den Zähnen?		
27. Rollen Sie beim Gehen Ihre Zehen ein?		
28. Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?		
29. Haben Sie eine eher schlechte Raumorientierung?		
30. Schlingen Sie beim Sitzen die Beine um die Stuhlbeine oder sitzen gerne auf einem Bein?		
31. Haben Sie Schwierigkeiten beim Brustschwimmen?		
32. Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?		
33. Sind Sie kurzsichtig?		



Name: _____

Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte - Erwachsene

	Ja	Nein
34. Wurde bei Ihnen eine Beckenschiefstellung/Beinlängendifferenz festgestellt?		
35. Leiden Sie unter Rückenproblemen?		
36. Legen Sie das Blatt beim Schreiben „schief“?		
37. Haben Sie eine rechts-links Differenzierungsschwäche?		
38. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und/oder Werfen?		
39. Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme?		
40. Sind Ihre Schuhe auffällig einseitig abgelaufen?		
41. Kommen Sie im Straßenverkehr beim Schulterblick leicht aus der Fahrspur?		
42. Haben Sie Löcher in Socken/Schuhen am großen Zeh?		
43. Vermeiden Sie enge Kleidung?		
44. Spüren Sie starke Spannungen in den Beinen?		
45. Liegt eine Intoleranz gegen Casein oder Gluten vor?		

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**