

**Herzlich Willkommen in meiner Praxis zur Integration von Frühkindlichen Reflexen.**

**Um das Training für Ihr Kind optimal gestalten zu können und den bestmöglichen Erfolg zu erzielen, würde ich Sie bitten, folgenden Fragebogen auszufüllen und mir am besten noch vor dem Training per Mail zu schicken (****info@physio-kuhn.de****).**

**Bitte beantworten Sie alle Fragen ehrlich und ohne etwas zu beschönigen. Sind in einer Frage mehrere Optionen (Bsp..: Isst Ihr Kind regelmäßig Brot, Vollkorn, Naturreis oder Kartoffel), bitte nicht zutreffendes einfach durchstreichen.**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes  |  |
| Geburtsdatum  |  |
| Name der Mutter / des Vaters |  |
| Adresse |  |
| Telefonnummer |  |
| Email |  |

|  |
| --- |
| **Das macht mein Kind gerne, das kann mein Kind besonders gut……** |
|  |

 **Fragen zur Schwangerschaft und Geburt** Ja Nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gesundheitliche oder persönliche Probleme während der SS? |  |  |
| Mussten Sie in der Schwangerschaft lange liegen? |  |  |
| Schwierigkeiten bei der Geburt (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals des Kindes)? |  |  |
| Hatten Sie eine Frühgeburt? |  |  |
| Hatten Sie einen Wunschkaiserschnitt oder Notkaiserschnitt? |  |  |
| Hatten Sie einen ungewöhnlicher langen oder kurzen Geburtsvorgang? |  |  |
| Hatte das Kind eine Beckenendlage oder war Sternengucker? |  |  |
|  |  |  |
| **Die ersten Lebensjahre**  | Ja | Nein |
|  |  |  |
| Lag das Kind überwiegend auf dem Rücken? |  |  |
| Wurde Ihr Kind sehr viel in einer Trage getragen? |  |  |
| Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen? |  |  |
| Hat ihr Kind das Robben ausgelassen? |  |  |
| Hat das Kind spät angefangen zu sprechen? |  |  |
| Hat Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus eingenässt?  |  |  |
| Hatte Ihr Kind motorische Entwicklungsverzögerungen? |  |  |
|  |  |  |
| **Schule / Kindergarten**  | Ja  | Nein |
|  |  |  |
| Hat Ihr Kind Angst vor der Schule (Bauchschmerzen, Übelkeit, ect)? |  |  |
| Glauben / Wissen Sie, dass Ihr Kind eine Lese-/Rechtschreibstörung hat? |  |  |
| Hält Ihr Kind einen Stift sehr verkrampft? Drückt es sehr stark auf? |  |  |
| Mach das Kind beim Schreiben / Malen Mund- oder Zungenbewegungen? |  |  |
| Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben und ermüdet dabei schnell? |  |  |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten von der Tafel abzuschreiben? |  |  |
| Arbeitet Ihr Kind eher langsam? |  |  |
| Verdreht Ihr Kind oft Buchstaben oder schreibt in Spiegelschrift? |  |  |
| Schreibt ihr Kind sehr undeutlich und unschön? |  |  |
| Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben oder Wörter aus? |  |  |
| Hat Ihr Kind ein gutes mündliches Wissen, kann dies aber schlecht aufs Papier bringen? |  |  |
| Tut sich Ihr Kind schwer etwas zu lernen / Gedichte zu lernen? |  |  |
| Sitzt Ihr Kind sehr unruhig und muss sich viel bewegen? |  |  |
|  |  |  |
| **Sonstiges / Aktuelles**  | Ja | Nein |
|  |  |  |
| Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da? |  |  |
| Leidet ihr Kind unter Trennungsangst? |  |  |
| Hat Ihr Kind oft Nackenverspannungen oder Kopfschmerzen? |  |  |
| Spricht ihr Kind eher undeutlich? |  |  |
| Ist Ihr Kind ungewöhnlich empfindlich auf Geräusche, Licht oder Berührung ? |  |  |
| Ist Ihr Kind sehr ängstlich? |  |  |
| Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine oder beide Hände? |  |  |
| Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme? |  |  |
| Kann sich ihr Kind schlecht in einem Raum orientieren? |  |  |
| Ist Ihr Kind leicht reizbar oder schnell wütend |  |  |
| Mag Ihr Kind keine enge Kleidung? |  |  |
| Ist Ihr Kind oft unorganisiert und vergisst oft etwas? |  |  |
| Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen oder schießen? |  |  |
| Hat / Hatte ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen, vor allem Brustschwimmen? |  |  |
| Hat Ihr Kind Asthma, Allergien oder häufige Infekte? |  |  |
| Ist Ihr Kind oft weinerlich? |  |  |
| Hat Ihr Kind einen übermäßigen Speichelfluss? |  |  |
| **Gesundheitsfragen**  | Ja | Nein  |
|  |  |  |
| Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? |  |  |
| Hat Ihr Kind in den letzten Monaten Antibiotikum bekommen? |  |  |
| Kann Ihr Kind am Abend gut einschlafen? |  |  |
| Schläft sie/er in der Nacht meistens durch? |  |  |
| Frühstückt Ihr Kind in der Früh? |  |  |
| Isst Ihr Kind regelmäßig Brot, Vollkornprodukte, Naturreis, Kartoffel? |  |  |
| Isst Ihr Kind regelmäßig Milchprodukte, Hülsenfrüchte, Eier? |  |  |
| Isst Ihr Kind regelmäßig Fisch (Lachs, Hering, Thunfisch), Kohl, Spinat, Avocado? |  |  |
| Isst Ihr Kind viel Zucker am Tag?(Süßigkeiten, Säfte, Fruchtjoghurts, Nutella, Marmelade, gesüßter Tee, …) |  |  |
| Macht Ihr Kind regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen? |  |  |
| Hat ihr Kind häufiger Probleme mit der Verdauung? |  |  |
| Hat Ihr Kind häufiger Durchfall und/oder Bauchschmerzen? |  |  |
| Hat ihr Kind regelmäßig Stuhlgang? |  |  |
| Hat Ihr Kind Probleme mit den Augen? |  |  |
| Hat sie / er eine Brille |  |  |
| Hat Ihr Kind Probleme mit den Ohren? (Hörschwäche, häufige Mittelohrentzündungen, Paukenröhrchen) |  |  |
| Hatte Ihr Kind schon größere Verletzungen, Operationen oder (heftigere) Stürze auf den Kopf? Wenn ja, welche? |  |  |
| Hat Ihr Kind sonstige Erkrankungen oder Beeinträchtigungen? Wenn ja, welche? |  |  |

**Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe, die Fragen zu beantworten. Gerne können wir Unklarheiten bei Ihrem ersten Termin besprechen.**

**Bitte schicken Sie mir den ausgefüllten Fragebogen an** **info@physio-kuhn.de** **oder per Post an**

**Christine Kuhn Physiotherapie**

**Donauwörtherstr.3**

**86368 Gersthofen**

**Ich freue mich sehr Sie und Ihr Kind persönlich kennen zu lernen**