

Name:



Nr	Fragebogen für erwachsene Klienten	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 zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin zur Welt gekommen?		
4	Kamen Sie durch einen Kaiserschnitt zur Welt?		
5	War die Geburt ungewöhnlich lang/ kurz?		
6	Wurde die Wehentätigkeit durch Medikamente angeregt/ gehemmt?		
7	Liegt eine Diagnose wie z.B. LRS, AD(H)S, Dyskalkulie vor?		
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 Veränderung 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 fest auf?		
21	Beobachten Sie bei sich eine eher unkoordinierte Grob-/ Feinmotorik?		
22	Knirschen Sie (nachts) mit den Zähnen?		
23	Rollten Sie beim Gehen die 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?		
28	Können Sie sich schlecht längere Zeit konzentrieren?		
29	Sind Sie kurzsichtig?		

Name:



Nr	Fragebogen für erwachsene Klienten	JA	NEIN
30	Haben Sie eine Beinlängendifferenz?		
31	Wurde bei Ihnen ein Beckenschiefstand festgestellt?		
32	Leiden Sie unter Rückenproblemen?		
33	Legen Sie das Blatt beim Schreiben "schief"?		
34	Haben Sie eine Rechts-/ Linksdifferenzierungsschwäche?		
35	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Fangen und/ oder Werfen?		
36	Würden Sie sagen, Sie haben tendenziell eher einseitige Körperprobleme?		
37	Sind Ihre Schuhe 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 fünf JA-Antworten lohnt es sich, einen Termin zu vereinbaren.

Praxis für Entwicklungsförderung

leicht(er)wachsen

Miriam Psyk-von Oesen

info@fernsehenimkopf.de

