

**Dagmar Steffan**

Praxis für Lernbegleitung und persönliche Entfaltung  
Albert-Schäffenacker-Str. 7, 83646 Bad Tölz  
Telefon: 08041/7932346  
E-Mail: [ds@dagmarsteffan.de](mailto:ds@dagmarsteffan.de) [www.dagmarsteffan.de](http://www.dagmarsteffan.de)



**Fragen zum Verhalten und zur Entwicklung Ihres Kindes.**  
(Diesen Fragebogen können Sie zur ersten Sitzung mitbringen)

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschwister mit Geburtsjahr \_\_\_\_\_

Straße, Wohnort \_\_\_\_\_

Ihre Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Gab es während der Schwangerschaft medizinische oder psychische Probleme, bzw. besondere Stressbelastung? Wenn ja, bitte in Stichpunkten beschreiben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind zum errechneten Termin geboren (+/- 7 Tage)?

Ja 0 Nein, sondern \_\_\_\_\_

War die Geburt in irgendeiner Weise ungewöhnlich – besonders lang/kurz, geplanter/spontaner Kaiserschnitt oder anderes? Bitte kurz beschreiben.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befinden Ihres Kindes kurz nach der Geburt – Gewicht, Apgar-Werte, Nabelschnur um den Hals, blau verfärbt, Kopf verformt durch Saugglocke, o.a.

---

---

---

---

---

War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten in irgendeiner Weise auffällig? ( z.B. Stillprobleme, Schreikind, auffallend ruhig, o.a. )

---

---

---

---

---

Ist Ihr Kind „normal“ gekrabbelt oder sah es irgendwie komisch aus?

Normal  Komisch, weil \_\_\_\_\_.

---

Mit wie viel Monaten ist Ihr Kind gelaufen? ca. \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind auf Zehenspitzen gelaufen?

Ja  Nein

Ist Ihr Kind oft gefallen oder hat sich angestoßen?

Ja  Nein

Hat Ihr Kind relativ spät Sprechen gelernt? (2-3 Wort-Sätze älter als 2 Jahre)

Ja  Nein

Zeigte Ihr Kind besondere Impfreaktionen? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Hat Ihr Kind Allergien/Überempfindlichkeiten? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Hatte Ihr Kind in den ersten zwei Lebensjahren schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Hatte Ihr Kind häufige Erkrankungen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich?

Ja 0    Nein 0

Hat/hatte Ihr Kind Probleme sich selber anziehen zu lernen, bzw. braucht es zum Anziehen länger als andere Kinder?

Ja 0    Nein 0

Hat Ihr Kind besonders lange am Daumen gelutscht? (Über das dritte Lebensjahr hinaus)

Ja 0    Nein 0

Ist Ihr Kind häufig um den Mund herum wund, bzw. muss sich häufig die Lippen schlecken?

Ja 0    Nein 0

Hat/hatte Ihr Kind Probleme mit Einnässen über ein Alter hinaus, in dem es eigentlich kein Thema mehr sein sollte?

Ja 0    Nein 0

Leidet Ihr Kind unter Reisekrankheit (muss bei Autofahrten erbrechen)?

Ja 0    Nein 0

Hat Ihr Kind auffallend Schwierigkeiten still zu sitzen?

Ja 0    Nein 0

Ist Ihr Kind insgesamt besonders unruhig/zappelig?

Ja 0    Nein 0

Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen? (älter als 5 Jahre)

Ja 0    Nein 0



## Information für die Eltern:

- Meine Arbeit als begleitende Kinesiologin dient der persönlichen Weiterentwicklung Ihres Kindes. Sie dient dem Aufspüren und Auflösen von nicht gehemmten frühkindlichen Reflexen, Lernblockaden und anderen Stressfaktoren, welche die persönliche Weiterentwicklung beeinträchtigen.
- Sie ist kein Ersatz für einen Arzt- und/oder Therapeutenbesuch.
- Eine bestehende Therapie sollte nicht zugunsten der kinesiologischen Arbeit abgebrochen werden.
- Es ist sinnvoll, den Arzt, Therapeuten, Lehrer oder Erzieher über meine Arbeit zu informieren.
- Während der Arbeit mit Ihrem Kind werden mit großer Wahrscheinlichkeit auch emotionale Themen bearbeitet. Dabei ist es mir wichtig, dass Vertrauen Ihres Kindes zu gewinnen. Das bedeutet für mich, dass ich über die Inhalte der Sitzungen mit Ihnen nur mit ausdrücklichem Einverständnis Ihres Kindes spreche. Möglicherweise sind Sie bei den ersten Sitzungen dabei, was für alle Beteiligten durchaus hilfreich sein kann. Zu gegebener Zeit werde ich Sie jedoch bitten, nach Absprache mit Ihrem Kind, uns allein zu lassen. Ich bedanke mich bereits jetzt für Ihr Verständnis und Ihr Vertrauen.
- Es gibt keine Erfolgsgarantie.
- Bei einem kurzfristig oder gar nicht abgesagten Termin wird die Stunde in Rechnung gestellt.
- Für meine Arbeit kann es hilfreich und unterstützend sein, mit anderen Personen, welche mit Ihrem Kind arbeiten (Lehrer, Therapeuten, etc.), persönlich Kontakt aufzunehmen. Dafür benötige ich Ihre ausdrückliche Einwilligung (kann auch zu einem späteren Zeitpunkt erteilt werden):

Ich bin einverstanden, dass Sie mit den von mir aufgeführten Personen persönlich Kontakt aufnehmen.

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die oben genannten Bedingungen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift