

Anamnese-Fragenbogen Erwachsener

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

1. Hatte Ihre Mutter während der Schwangerschaft gesundheitliche Probleme?	ja	nein
2. Musste Ihre Mutter während der Schwangerschaft lange liegen?	ja	nein
3. Gab es bei Ihrer Geburt Schwierigkeiten? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals)?	ja	nein
4. Wurden Sie zu früh geboren?	ja	nein
5. Sind Sie mit Notkaiserschnitt auf die Welt gekommen?	ja	nein
6. Sind Sie mit Wunschkaiserschnitt auf die Welt gekommen?	ja	nein
7. War Ihr Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?	ja	nein
8. Bekam Ihre Mutter wehenfördernde oder wehenhemmende Mittel?	ja	nein
9. Sind Sie in Beckenendlage geboren?	ja	nein
10. Haben Sie in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken gelegen?	ja	nein
11. Stehen Sie oft auf der Innenseite Ihrer Füße?	ja	nein
12. Sind Sie empfindlich auf: Geräusche?	ja	nein
13. Licht/Helligkeit?	ja	nein
14. Berührung?	ja	nein
15. Sind Sie überdurchschnittlich ängstlich?	ja	nein
16. Leiden Sie unter Trennungsangst?	ja	nein
17. Waren Sie schlecht im Diktat (im Niederschreiben von Gehörtem)?	ja	nein
18. Haben Sie Angst vor Prüfungen (Bauchschmerzen, Übelkeit)?	ja	nein
19. Leiden Sie unter Nacken- und Schulterverspannungen?	ja	nein
20. Fällt es Ihnen schwer eine Faust zu machen?	ja	nein
21. Halten Sie den Stift verkrampft?	ja	nein
22. Knirschen Sie mit den Zähnen?	ja	nein
23. Drücken Sie den Stift beim Schreiben fest auf?	ja	nein
24. Haben Sie wenig Lust zu schreiben oder ermüden Sie schnell beim Schreiben?	ja	nein
25. Fausteten Sie die Hände wenn Sie im Ellenbogenstütz sitzen?	ja	nein
26. Sprechen Sie eher undeutlich?	ja	nein
27. Neigen Sie dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	ja	nein
28. Rollen Sie beim gehen Ihre Zehen immer wieder ein?	ja	nein
29. Ziehen Sie Strümpfe und Schuhe umständlich an?	ja	nein
30. Stützen Sie beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine Hand oder in beide Hände?	ja	nein
31. Strecken Sie beim Sitzen am Tisch die Beine immer wieder aus?	ja	nein
32. Haben Sie Gleichgewichtsprobleme?	ja	nein
33. Haben Sie Schwierigkeiten etwas aus der Ferne abzuschreiben?	ja	nein
34. Arbeiten Sie eher zu langsam?	ja	nein
35. Fragen Sie oft nach, da Sie etwas nicht verstanden haben?	ja	nein
36. Finden Sie das Abschreiben (von einer entfernten Tafel) anstrengend?	ja	nein
37. Leiden Sie unter Reiseübelkeit?	ja	nein

38. Haben Sie Orientierungsschwierigkeiten?	ja	nein
39. Haben Sie ein gutes mündliches Wissen, können dieses aber schlecht aufs Papier bringen?	ja	nein
40. Haben/hatten Sie Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibrschrift)?	ja	nein
41. Legen Sie beim Schreiben das Blatt schief vor sich?	ja	nein
42. Hatten/haben Sie Schwierigkeiten in der Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	ja	nein
43. Lassen Sie beim Lesen oft Buchstaben aus?	ja	nein
44. Sind Sie leicht reizbar oder wütend?	ja	nein
45. Fällt es Ihnen schwer beim Schreiben eine Linie einzuhalten?	ja	nein
46. Haben/hatten Sie Leseschwierigkeiten (zu langsam Lesen/fehlendes Leseverständnis)?	ja	nein
47. Haben Sie einen eher einseitigen Gang?	ja	nein
48. Mögen Sie enge Kleidung nicht?	ja	nein
49. Wirken Sie oft unorganisiert oder vergesslich?	ja	nein
50. Sind Sie sehr redefreudig oder reden Sie übergebührlich viel?	ja	nein
51. Haben Sie das Krabbeln ausgelassen?	ja	nein
52. Sitzen Sie gern auf einem oder beiden Füßen?	ja	nein
53. Schlingen Sie beim Schreiben die Beine um die Stuhlbeine?	ja	nein
54. Haben Sie Probleme einen Ball zu fangen?	ja	nein
55. Hatten Sie Probleme beim Schwimmen lernen, besonders beim Brustschwimmen?	ja	nein
56. Haben Sie beim Sitzen am Tisch den Blick eher nach oben gerichtet?	ja	nein
57. Haben Sie beim Sitzen am Tisch den Kopf eher im Nacken und den Blick nach unten gerichtet?	ja	nein
58. Haben Sie Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	ja	nein
59. Lernen Sie schlecht?	ja	nein
60. Schreiben Sie langsam (von einer entfernten Tafel) ab?	ja	nein
61. Ermüden Sie schnell beim Lesen?	ja	nein
62. Lieben Sie Routine?	ja	nein
63. Sind Sie leicht ablenkbar?	ja	nein
64. Leiden Sie an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	ja	nein
65. Stehen Sie sich häufig selbst im Weg, „bewegen“ Sie sich nicht?	ja	nein
66. Sind Sie oft traurig?	ja	nein
67. Können Sie sich schlecht konzentrieren?	ja	nein
68. Trugen Sie eine Zahnspange?	ja	nein
69. Haben Sie Zahnfehlstellungen oder einen gotischen Gaumen?	ja	nein
70. Haben Sie einen übermäßig starken Speichelfluss?	ja	nein
71. Haben Sie lange am Daumen gelutscht?	ja	nein



**Potentiale
leben**

Birgit Knepper

Hofäckerstrasse 7/1

69245 Bammental

T: 06223 - 80 12 112

M: 0151 - 56 14 94 11

E : info@potentialeleben.com

www.potentialeleben.com

www.ipe-deutschland.de/knepper

www.rif-reflexintegration.de/knepper

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen so gut wie möglich aus.

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll, dass wir testen, ob bei Ihnen noch frühkindliche persistierende Reflexe aktiv sind.

Diese können für Ihre körperlichen oder mentalen Probleme verantwortlich sein.