Klientenblatt für Kinder und Jugendliche

Liebe Eltern / BetreuerInnen

Die Beantwortung der Fragen ermöglicht mir eine gute Vorbereitung auf unser erstes Gespräch, um dein Kind optimal betreuen zu können. Aus diesem Grund bitte ich dich diesen Fragebogen zuerst vollständig zu lesen und anschliessend gemeinsam mit deinem Kind auszufüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Aufgrund des Fragebogens werden keine Diagnosen gestellt. **Ich bitte dich, mir den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens zwei Tage vor unserem Termin zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für deine Mitarbeit.**

Persönliche Daten

Name		Telefon Privat	
Vorname		Telefon Handy	
Strasse		Geburtsdatum	
PLZ/Ort		Geburtszeit	
Hausarzt		Geburtsort	
AHV Nr.		Krankenkasse	
Eltern		Zusatzvers.	☐ Ja ☐ Nein
E-Mail		Welche:	

Bitte bei Krankenkasse abklären, ob die Kosten gedeckt sind.

In der Ausführung meiner Arbeit lasse ich mich von folgenden Grundsätzen leiten:

- Ich handle nach meinem besten Wissen und Gewissen.
- Ich mache keine Heilversprechungen.
- Ich verwende den Muskeltest als Instrument um den Energiefluss festzustellen.
- Ich wahre die Selbstverantwortung und Mitarbeit des Klienten/der Klientin.
- Ich arbeite lösungs- und prozessorientiert.
- Ich sehe den Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist.
- Ich empfehle meinen Klienten/Klientinnen bei krankhaften Veränderungen, sich in ärztliche Behandlungen zu begeben, respektive zu bleiben.

Nicole Zemp • Komplementärtherapeutin mit eidg. Diplom Methode Kinesiologie
praxis@resilla.ch • resilla.ch • 079 713 04 99

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Grösse des Kindes _____ cm Gewicht _____ kg

Schilderung des Hauptanliegens (Beginn, Verlauf, aktuelle Befindlichkeit)

Wie sieht das Kind die momentane Situation? (Kind antworten lassen)

Woran erkennst du, dass dein Kind sein Ziel erreicht hat?

Nicole Zemp • Komplementärtherapeutin mit eidg. Diplom Methode Kinesiologie
praxis@resilla.ch • resilla.ch • 079 713 04 99

Inwieweit habt ihr Unterstützung erhalten oder selbst Massnahmen ergriffen?

Hobbies / Sport / Lieblingsbeschäftigung

Wie ist / war das Verhältnis zu den Eltern / Geschwistern?

Familiäres Umfeld

Lebensform der Eltern	☐ als Familie	☐ getrennt	☐ geschieden
Kind lebt	☐ bei Mutter	☐ beim Vater	☐ bei Betreuungsperson

Belastungsfaktoren / Ereignisse

Sind in der Familie oder im nahen Umfeld in der letzten Zeit ein oder mehrere der folgenden Ereignisse eingetreten:

☐ Scheidung / Trennung

☐ plötzliche schwere finanzielle Probleme

☐ schwere Krankheit / Probleme naher Angehöriger

☐ Auslandaufenthalt

☐ Unfälle

☐ familiärer Stress

☐ Partnerschaftsprobleme

☐ Hausbau

☐ Umzug

☐ Verlust von Geschwistern / naher Angehöriger

Andere:

Wie oft hat das Kind körperliche Bewegung?

☐ täglich

☐ wöchentlich

☐ gelegentlich

☐ nie

Wie viel Zeit verbringt das Kind wöchentlich:

Mit der Familie	☐ wenig	☐ oft	☐ viel
Mit Freunden	☐ wenig	☐ oft	☐ viel
Mit Hobbies	☐ wenig	☐ oft	☐ viel
Am Handy / TV / Computer	☐ wenig	☐ oft	☐ viel
In der Natur	☐ wenig	☐ oft	☐ viel
Allein	☐ wenig	☐ oft	☐ viel

Charakter

Beschreibe das Wesen des Kindes (Charakterzüge, spezielle Eigenschaften, Stärken):

Gab es Besonderheiten bei der Geburt (Kaiserschnitt, Frühgeburt, ...):

Entwicklung

☐ motorische Schwierigkeiten ☐ Wachstumsstörung ☐ Verhaltensauffälligkeiten, Ticks

Ist das Kind gekrabbelt?

☐ nein ☐ ja, wie lange?

Gab es Sprachschwierigkeiten?

☐ nein ☐ ja, welche?

Kinderkrankheiten

☐ Hautprobleme ☐ Milchschorf ☐ Neurodermitis

☐ Windpocken ☐ 3-Monats-Koliken ☐ Fieberkrämpfe

☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln

☐ Scharlach ☐ Pseudokrupp ☐ Keuchhusten

Wurde das Kind geimpft?

☐ Masern / Mumps / Röteln ☐ Keuchhusten ☐ Kinderlähmung

☐ Starrkrampf ☐ Zecken ☐ Covid-19

☐ andere:

Gab es Impfreaktionen?

☐ nein ☐ ja, welche?

Leidet das Kind unter?

☐ Schlafstörungen ☐ Verdauungsbeschwerden ☐ Hautprobleme

☐ Ängste ☐ Allergien ☐ Unverträglichkeiten (Milch, Gluten, ...)

Andere Beschwerden / Schwachstellen:

Operationen / Spitalaufenthalte:

Benötigt das Kind regelmässig Medikamente? Falls ja, welche? Seit wann? Wie oft?

Wie sind die Schlafgewohnheiten des Kindes?

Essgewohnheiten

Spezielle Vorlieben:

Abneigungen:

Schulischer Bereich

Schulform:

Welche Klasse besucht das Kind?

Gab es Klassenwechsel / Wiederholungen?

☐ nein ☐ ja, wann?

Geht das Kind gerne zur Schule? (Kind antworten lassen)

☐ ja ☐ nein, weil

Klagt das Kind über Lehrpersonen?

☐ nein ☐ ja, weshalb und welche Unterrichtsfächer?

Hat das Kind Prüfungsangst?

☐ nein ☐ ja, weshalb und wie zeigt sich dies?

Schulische Themen (Schwierigkeiten):

Gab oder gibt es besondere Probleme in der Schule bei:

Deutsch:

☐ laut lesen	☐ leise lesen	☐ Leseverständnis	☐ Rechtschreibung
☐ Satzstellung	☐ abschreiben	☐ geübte Diktate	☐ ungeübte Diktate
☐ Aufsätze	☐ Textaufgaben		

Mathematik:

☐ Rechnen im Allgemeinen	☐ Rechnen mit plus / minus
☐ Rechnen mit mal / geteilt	☐ Textaufgaben
☐ lernen / behalten des kleinen 1x1	☐ Verständnis des Zahlenraums

☐ Andere:

Das Kind wird von der Lehrperson beschrieben als:

☐ still	☐ zurückhaltend	☐ lebhaft
☐ aufdringlich	☐ unauffällig	☐ müde
☐ unaufmerksam	☐ konzentriert	☐ in sich gekehrt
☐ kontaktfreudig	☐ findet schwer Anschluss	☐ selbstkritisch

Abschliessende Bemerkungen

Hat das Kind oder ein Elternteil / Betreuungsperson bereits Erfahrungen mit Kinesiologie gemacht?

☐ nein ☐ ja, wer?

Wie bist du auf mich aufmerksam geworden?

Ich habe das Klientenblatt und den Fragebogen gelesen und dessen Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum _____ **Unterschrift** _____

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Ich freue mich auf unser Treffen.

Nicole Zemp • Komplementärtherapeutin mit eidg. Diplom Methode Kinesiologie
praxis@resilla.ch • resilla.ch • 079 713 04 99