

Datenblatt und Elternfragebogen

Name des Kindes:
Geburtstag:
Adresse:
Name Elternteil:
Telefonnummer:
E-Mail:

Warum haben Sie sich für eine Cranio Sacral Behandlung entschieden? Welche Ziele oder Wünsche haben Sie?

Was kann Ihr Kind gut? Vorlieben/Interessen?

Gibt es Bereiche, die ihrem Kind schwerfallen? zB: Motorik, Wahrnehmung, Sprache, Sozialverhalten, Lernen, Essen, Schlafen, psychisch oder emotionale Aspekte.

Wie sind Schwangerschaft und Geburt verlaufen?

Gab es Besonderheiten im Laufe der Entwicklung des Kindes?

Gab oder gibt es nennenswerte Krankheiten, Unfälle oder Operationen? Werden Medikamente eingenommen?

Sonstiges? Was ich noch sagen möchte:

