

Name des Kindes:

1. Hat Ihr Kind eine Asymmetrie? (Nase, Kinn, Brustbein, Nabel, Symphyse liegen nicht auf einer Linie?)

2. Hat Ihr Kind eine Lieblingsseite, auf die es ausschließlich schaut oder sich nur über eine Seite dreht?

3. Hat Ihr Kind eine Fehlstellung in Körperteilen?

4. Haben Sie das Gefühl, dass ihr Kind entwicklungsverzögert ist?

5. Weint Ihr Kind viel?

6. Hat Ihr Kind Probleme beim stillen? Beim Essen?
Wenn ja, wie wirkt es sich aus?

7. Hat Ihr Kind Probleme mit dem Schlafen?
Wenn ja, wie wirkt sich dies aus?
