**Vragenlijst:**

**Bevalling: ja nee**

**o Had uw kind als baby een voorkeursligging? O O**

**o Is uw kind met de keizersnee geboren? O O**

**o Is uw kind via een stuitligging geboren? O O**

**o Had u een snelle bevalling? O O**

**(Normaal is tussen 10 – 24 uur bij de 1ste bevalling en 7 - 15 uur vanaf 2de bevalling)**

**o Was uw kind een ‘sterrenkijker’? O O**

**o Is uw kind met vacuümpomp geboren? O O**

**o Is uw kind een slechte inslaper? O O**

**o Is uw kind een slechte doorslaper? O O**

**o Heeft uw kind ingebakerd gelegen na de bevalling? O O**

**o Waren er complicaties tijdens de zwangerschap/bevalling O O (zoals bijv. stress, langdurige bedrust, etc.) Zo ja, wat:**

**………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**Lateralisatie/Primaire reflexen/Ogen ja nee**

**o Heeft uw kind de kruipfase overgeslagen? O O**

**o Heeft uw kind moeite met zwemmen en/of fietsen? O O**

**o Heeft uw kind last van wagenziekte en/of hoogtevrees? O O**

**o Heeft uw kind moeite met gooien en/of vangen? O O**

**o Heeft uw kind moeite met traplopen? O O**

**o Kan uw kind moeilijk stilzitten? O O**

**o Heeft uw kind moeite zich te concentreren? O O**

**o Heeft uw kind moeite met lezen? O O**

**o Heeft uw kind moeite met huppelen? O O**

**o Is uw kind onhandig (stoot het overal tegenaan, struikelt of O O valt het vaak)**

**o Loopt uw kind op zijn/haar tenen? O O**

**o Houdt uw kind niet van strakke kleding, labeltjes in kleding O O of het dragen van riemen en/of ringen? O O**

**o Is uw kind overgevoelig voor licht? O O**

**o Is uw kind overgevoelig voor geluid? O O**

**o Is uw kind overgevoelig voor aanraking? O O**

**o Plast(e) uw kind na zijn/haar 3de jaar nog in bed? O O**

**Leerproblemen/Sociaal-emotionele problemen ja nee**

**o Blijven de resultaten op school achter? O O**

**o Heeft uw kind last van faalangst O O**

**o Heeft uw kind last van buikpijn O O**

**o Heeft uw kind last van hoofdpijn bij het lezen? O O**

**Houding ja nee**

**o Heeft uw kind een slechte houding? O O**

**o Zit uw kind vaak onderuit gezakt? O O**

**o Heeft uw kind moeite om zijn/haar hoofd omhoog te houden? O O**

**o Hangt uw kind vaak met zijn/haar hoofd over de tafel O O met schrijven/lezen?**

**o Zit uw kind met zijn billen op een stoel? O O**

**o Zit uw kind met zijn voeten om de stoelpoten geklemd? O O**

**o Zit uw kind met zijn benen in de W-zit (dus de benen O O naast de billen)?**

**o Heeft uw kind een slechte balans? O O**

**o Heeft uw kind zeer flexibele gewrichten? O O**

**Eventuele opmerkingen/ aanvullingen**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………**