



INPP Österreich und Schweiz

Leitung: Anja van Velzen

In Kooperation mit The Institute for Neurophysiological Psychology INPP in Chester/England

Leitung: Dr. Peter Blythe & Sally Goddard Blythe

Anja van Velzen

anjavanvelzen@web.de

Funkenbergweg 3

Tel.: 0049-8395934229

www.inpp.info

D-88459 Tannheim

Fax: 0049-8395934228

www.inpp.ch

Ihr Ansprechpartner:

Institut RaRoBaM
Claudia Ullrich-Fischer
Saarweg 8
9475 Sevelen/ Rans

Telefon: 081-599 50 35
078-640 87 40

Web: www.rarobam.ch
E-Mail: info@rarobam.ch

INPP Fragebogen

zu Neuromotorischer Unreife bei Kindern und Jugendlichen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____

E-Mail: _____

Datum: _____

FAMILIE

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____

Namen der Geschwister mit Geburtsdaten:

Bitte beschreiben Sie die Probleme Ihres Kindes (in Elternhaus, Schule, Kindergarten etc.) in der Reihenfolge ihrer Schwere:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

Wurden bei Ihrem Kind Diagnosen gestellt (Leserechtschreibschwäche, Dyskalkulie, Teilleistungsschwächen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Sprach- oder Sprechstörungen etc.)? Wenn ja, nennen Sie Einzelheiten, bzw. legen Sie Kopien von Gutachten oder Berichten bei.

SCHWANGERSCHAFT, GEBURT, KINDHEIT

Bitte Zutreffendes ankreuzen und gegebenenfalls erläutern

1. **Sind bei Ihnen oder in Ihren Familien Lernstörungen und/oder psychosomatische Beschwerden wie z.B. Migräne, Asthma, Allergien, Neurodermitis oder Lebensmittelunverträglichkeiten aufgetreten?** ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

2. a) **Sind Sie durch künstliche Befruchtung schwanger geworden?** ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

2. b) **Erfolgte vor oder während der Schwangerschaft eine Behandlung mit Hormonen?** ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten zu Art und Zeitpunkt der Behandlung angeben: _____

3. a) **Hatten Sie medizinische Probleme, als Sie mit Ihrem Kind schwanger waren (z.B. Bluthochdruck, übermäßiges Erbrechen, vorzeitige Wehen, Blutungen, drohende Fehlgeburt, chronische oder akute Erkrankungen o.ä.)?** ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

- b) **Wurden diagnostische Verfahren durchgeführt (Amniocentese, Ultraschall o.ä.)?** ja nein

Wenn Ja, welche und wann: _____

- c) **Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft unter emotionalem Stress (z.B. beruflicher Stress, Beziehungstress, Tod oder Krankheit eines**

Familienangehörigen, Umzug, vorangegangene Fehlgeburten o.ä.)?

ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

d) Hatten Sie in den ersten 13 Schwangerschaftswochen eine Virusinfektion?

ja nein

Wenn Ja, welche und wann: _____

e) Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?

ja nein

f) Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?

ja nein

g) Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?

ja nein

4. Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten
Geburtstermin geboren (plus/minus 14 Tage)?

ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

5. War der Geburtsverlauf ungewöhnlich oder besonders schwierig
(eingleitete Wehen, Einsatz von Schmerz- oder Beruhigungsmitteln,
Beckenendlage des Kindes, Vorfall der Nabelschnur, Einsatz von Zange
oder Saugglocke, Kaiserschnitt, verlängerte Austreibungs- oder
Pressphase, Sturzgeburt o.ä.)?

ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

6. **War Ihr Kind zu klein, bzw. zu leicht, bezogen auf den Geburtszeitpunkt?** ja nein

Geburtsgewicht: _____ gr.

Größe: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

7. a) **Gab es nach der Geburt Besonderheiten bei Ihrem Kind (Schädelverformung, Blutergüsse oder andere Verletzungen, Nabelschnur um den Hals, Haut deutlich blau, starke Lanugo-Behaarung, auffällig viel Käseschmiere, Kindspech, schwere Neugeborenenengelbsucht o.ä.) ?** ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

b) Apgar Werte (s. Mutterpass): / / /

c) Wurde Ihr Kind nach der Entbindung von Ihnen getrennt? ja nein

d) **Brauchte Ihr Kind nach der Entbindung Intensivpflege?** ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

Zusätzliche Angaben zu Schwangerschaft und Geburt (z.B. besondere Lebensumstände oder Stressfaktoren, chronische Erkrankungen, Allergien):

8. **Gab es in den ersten dreizehn Lebenswochen Still- oder Trinkprobleme?
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, Nahrung bei sich zu behalten?** ja nein

9. a) Dauerte es auffallend lang, bis Ihr Kind das Köpfchen heben konnte? ja nein

b) Hat es sich verzögert vom Rücken auf den Bauch gedreht? ja nein

c) **Hat es Kriechen und Krabbeln verzögert erlernt, bzw. ausgelassen?** ja nein

d) **Hat es auffallend früh (< 10 Monate) oder spät (> 16 Monate) laufen gelernt?** ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

e) War Ihr Kind ein Zehenspitzenwandler? ja nein

10. War Ihr Kind in den ersten sechs Monaten auffallend ruhig und inaktiv? ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

11. a) **War Ihr Kind ab dem 6. Lebensmonat auffällig aktiv und fordernd?
Schlief es wenig und schrie es häufig?** ja nein

b) Ließ es sich auf Ihrem Arm nicht beruhigen? ja nein

c) War es besonders schreckhaft? ja nein

d) Hat es eine abgegrenzte Fremdelphase (etwa zwischen 7. und 11. Monat) ausgelassen? ja nein

e) Hat es eine abgegrenzte Trotzphase (etwa zwischen 20. und 30. Lebensmonat) ausgelassen? ja nein

Bitte nennen Sie Einzelheiten: _____

12. Zeigte Ihr Kind im Bettchen oder in der Karre starke, stereotype Schaukelbewegungen, als es sich aufsetzen, bzw. zum Stehen hochziehen konnte? ja nein
13. War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf an feste Gegenstände? Neigte es zu Kopfverletzungen? ja nein
14. **Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt ? (Zwei- und Dreiwortsätze > 2 Jahre)** ja nein
15. **Hatte Ihr Kind in den ersten drei Lebensjahren hohes Fieber mit Bewusstseinstäubung und/oder Krämpfen?** ja nein
16. **Hatte Ihr Kind auffällige Schwierigkeiten beim Anziehenlernen, z.B. beim Knöpfen, Schleifbinden o.ä.?** ja nein
17. **Gab oder gibt es bei Ihrem Kind Anzeichen von Neurodermitis oder anderen Hautproblemen, Asthma oder anderen chronischen Atemwegsproblemen, Lebensmittelunverträglichkeiten oder anderen allergischen Reaktionen?** ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

18. **Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen?** ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

19. **Hat Ihr Kind bis zum Alter von 5 Jahren oder länger am Daumen gelutscht?** ja nein

Wenn Ja, an welchem? _____

20. **Hat Ihr Kind nach dem 5. Geburtstag gelegentlich noch eingenässt?** ja nein

21. War oder ist Ihr Kind ängstlich oder schreckhaft? ja nein

27. a) Hatte es Schwierigkeiten mit dem Schwimmenlernen? ja nein
- b) Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? ja nein
28. **Litt oder leidet Ihr Kind auffällig häufig an Hals-, Nasen- oder Ohreninfektionen?** ja nein
29. **Hatte oder hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen, einen Purzelbaum zu machen und/oder gilt es als ungeschickt?** ja nein
30. a) **Kann Ihr Kind Zuhause oder in der Schule nur schlecht ruhig am Tisch sitzen?** ja nein
- b) Bevorzugt es auffällige Sitzpositionen? ja nein
31. a) **Macht Ihr Kind auffällig viele Fehler beim Abschreiben von der Tafel?** ja nein
- b) Verdreht Ihr Kind einzelne Buchstaben oder Zahlen? ja nein
- c) Lässt es Buchstaben oder Wörter aus, wenn es frei schreibt (Aufsatz o.ä.)? ja nein
- d) Macht Ihr Kind auffällig viele Fehler bei Diktat oder Ansage? ja nein
32. **Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark?** ja nein
33. Ist Ihr Kind linkshändig? ja nein

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEANTWORTET DAS KIND AB 8 JAHREN SELBST:

34. a) Warst Du schon einmal so erschrocken oder aufgeregt,
dass Du nichts sagen konntest? ja nein
- b) Bist Du schon einmal nachts wachgeworden und hattest das Gefühl,
Dich nicht bewegen und nichts sagen zu können? ja nein
35. Wenn Du lange ruhig stehen musst, z.B. in der Schule oder Kirche,
hast Du dann das Gefühl, dass Du schwankst? ja nein
36. Hast Du bei Handstand oder Rolle, beim Hochklettern am Seil
oder Überspringen eines Kastens mehr Probleme als die anderen Kinder? ja nein
37. a) Hast Du ab und zu Kopfschmerzen im Stirnbereich? ja nein
- b) Hast Du Migräne? ja nein
38. Reagierst Du auf grelles Licht empfindlicher als andere Kinder? ja nein
39. Bist Du geräuschempfindlich? ja nein
40. Verwechselst Du ab und zu Rechts und Links? ja nein
41. Wenn Du sehr müde und erschöpft bist, versprichst Du Dich
dann manchmal oder verdrehst Wörter beim Sprechen? ja nein
42. Wenn Du sehr müde und erschöpft bist, wirst Du dann ungeschickter,
stolperst Du häufiger, stößt Dich oder lässt etwas fallen? ja nein