



# 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**

Funkenbergweg 3

D-88459 Tannheim/Württemberg

[www.inpp.info](http://www.inpp.info)

[www.inpp.ch](http://www.inpp.ch)

**Ihr Ansprechpartner:**

**Neurophysiologische Entwicklungsförderung NDT/INPP**

# FRAGEBOGEN KINDER

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

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 oder psychosomatische Beschwerden aufgetreten?  ja  nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- b) Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft, insbesondere um den sechsten Monat, unter starkem emotionalen Stress?  ja  nein

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

Wenn Ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- d) Erfolgte vor oder während der Schwangerschaft eine Behandlung mit Hormonen?  ja  nein

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

\_\_\_\_\_

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

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. War der Geburtsverlauf ungewöhnlich oder besonders schwierig (eingeleitete 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: \_\_\_\_\_

---

---

5. War Ihr Kind zu klein, bzw. zu leicht, bezogen auf den Geburtszeitpunkt?

ja  nein

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ gr.

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

6. 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, Einnahme von Medikamenten, Konsum von Nikotin, Alkohol o.ä.):

---

---

---

---

7. Gab es in den ersten dreizehn Lebenswochen Still- oder Trinkprobleme?  
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, Nahrung bei sich zu behalten?  ja  nein
8. 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 (< 12 Monate) oder spät (> 18 Monate) laufen gelernt?  ja  nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: \_\_\_\_\_

---

9. War Ihr Kind in den ersten sechs Monaten auffallend ruhig?  ja  nein
10. War Ihr Kind zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat auffällig aktiv und fordernd?  
Schlief es wenig und schrie es häufig?  ja  nein
11. Zeigte Ihr Kind im Bettchen oder in der Karre starke, stereotype Schaukelbewegungen,  
als es sich aufsetzen, bzw. zum Stehen hochziehen konnte?  ja  nein
12. War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf an  
feste Gegenstände? Neigte es zu Kopfverletzungen?  ja  nein
13. Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt ? (Zwei- und Dreiwortsätze > 2 Jahre)  ja  nein
14. Hatte Ihr Kind während der ersten 18 Lebensmonate Krankheiten mit schwerem  
Verlauf, die mit hohem Fieber und/oder Krämpfen einhergingen?  ja  nein

15. Hatte Ihr Kind auffällige Schwierigkeiten beim Anziehenlernen?  ja  nein

16. 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen?  ja  nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Hat Ihr Kind bis zum Alter von 5 Jahren oder länger am Daumen genuckelt?  ja  nein

Wenn Ja, an welchem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

Zusätzliche Angaben zum Kleinkind- und Vorschulalter:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# SCHULZEIT – 6. BIS 8. LEBENSJAHR

21. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?  ja  nein

22. Hatte oder hat Ihr Kind in den beiden ersten Schuljahren Probleme beim Lesenlernen?  ja  nein

23. a) Hatte oder hat es Probleme beim Schreibenlernen?  ja  nein

b) Hatte es Probleme beim Erlernen der Schreibschrift?  ja  nein

24. Hatte oder hat es Probleme beim Ablesen der Uhrzeit (analoges Ziffernblatt) und/oder sich Abfolgen (Wochentage, Monate, Jahreszeiten etc.) zu merken?  ja  nein

25. Hatte es Schwierigkeiten, ohne Stützräder Fahrradfahren zu lernen?  ja  nein

26. a) Hatte es Schwierigkeiten mit dem Schwimmenlernen?  ja  nein

b) Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen?  ja  nein

27. Hatte Ihr Kind im Verlauf der ersten 8 Lebensjahre Krankheiten mit sehr hohem Fieber, Bewusstlosigkeit oder Krämpfen?  ja  nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28. Litt oder leidet Ihr Kind auffällig häufig an Hals-, Nasen-, Ohreninfektionen?  ja  nein

29. Hatte oder hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen oder andere Augen-Hand-Koordinationsprobleme?  ja  nein

## 8. BIS 10. LEBENSJAHR

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

Zusätzliche Angaben (Familiensituation, Ernährungsverhalten, besondere Vorlieben und Abneigungen des Kindes, erfolgte Therapien und Behandlungen etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# DIE FOLGENDEN FRAGEN BEANTWORTET DAS KIND AB 8 JAHREN SELBST:

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