



# INPP Österreich und Schweiz

Leitung: Anja van Velzen

In Kooperation mit The Institute for Neurophysiological Psychology INPP  
in Chester/England Leitung: Sally Goddard Blythe M.Sc.

Anja van Velzen  
Funkenbergweg 3  
D-88459 Tannheim/Württ

Tel: 0049 8395934229  
Mail: a.vanvelzen@t-online.de

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

Ihr Ansprechpartner:

## INPP Fragebogen zu neuromotorischer Unreife bei Kindern und Jugendlichen (Kurzfassung)

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden bei Ihrem Kind Diagnosen gestellt (Leserechtschreibschwäche, Dyskalkulie, Teilleistungsschwächen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, Sprach- oder Sprechstörungen etc.)? Geben Sie bitte außerdem an, welche Medikamente Ihr Kind aktuell nehmen muss:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# SCHWANGERSCHAFT, GEBURT, KINDHEIT

Bitte Zutreffendes ankreuzen und gegebenenfalls erläutern

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

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_

2. 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten errechneten Geburtstermin geboren (plus 10/minus 20 Tage)?

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_

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. Gab es in den ersten dreizehn Lebenswochen Still- oder Trinkprobleme?  
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten, Nahrung bei sich zu behalten?  Ja  Nein

7. a. Hat es Kriechen und Krabbeln verzögert erlernt, bzw. ausgelassen?  Ja  Nein

b. Hat es auffallend früh (< 9 Monate) oder spät (> 18 Monate) laufen gelernt?  Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_

8. War Ihr Kind ab dem 6. Lebensmonat auffällig aktiv und fordernd?  
Schlief es wenig und schrie es häufig?  Ja  Nein

9. Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt ? (Zwei- und Dreiwortsätze > 2 Jahre)  Ja  Nein

10. Hatte Ihr Kind in den ersten drei Lebensjahren hohes Fieber mit  
Bewusstseinstäubung und/oder Krämpfen?  Ja  Nein

11. Hatte Ihr Kind auffällige Schwierigkeiten beim Anziehenlernen,  
z.B. beim Knöpfen, Schleifebinden o.ä.?  Ja  Nein

12. 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen?  Ja  Nein

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

14. Hat Ihr Kind bis zum Alter von 5 Jahren oder länger am Daumen gelutscht?  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Hat Ihr Kind nach dem 5. Geburtstag gelegentlich noch eingenässt?  Ja  Nein

16. Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?  Ja  Nein

Zusätzliche Angaben zum Säuglings- und Kleinkindalter: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# SCHULALTER

17. Hatte oder hat Ihr Kind in den beiden ersten Schuljahren Probleme beim Lesenlernen?  Ja  Nein
18. Hatte oder hat es Probleme beim Schreibenlernen?  Ja  Nein
19. Hatte oder hat es Probleme beim Ablesen der Uhrzeit (analoges Ziffernblatt) und/oder sich Abfolgen (Wochentage, Monate, Jahreszeiten etc.) zu merken?  Ja  Nein
20. Hatte es Schwierigkeiten, ohne Stützräder Fahrradfahren zu lernen?  Ja  Nein
21. Litt oder leidet Ihr Kind auffällig häufig an Hals-, Nasen- oder Ohrenproblemen? Ohreninfektionen?  Ja  Nein
22. Hatte oder hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen, einen Purzelbaum zu machen und/oder gilt es als ungeschickt?  Ja  Nein
23. Kann Ihr Kind Zuhause oder in der Schule nur schlecht ruhig am Tisch sitzen?  Ja  Nein
24. Macht Ihr Kind auffällig viele Fehler beim Abschreiben von der Tafel?  Ja  Nein
25. Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark?  Ja  Nein



# Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die in der INPP Neuromotorischen Entwicklungsförderung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten und Mailadresse, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Angebotes notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhoben.

Für die darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

## Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an.

Ich willige ein, dass mir \_\_\_\_\_ telefonisch, postalisch oder per Mail Informationen zum Zwecke des Informationsaustausches zusenden darf.

---

Ort, Datum

Unterschrift

## Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber \_\_\_\_\_ um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber \_\_\_\_\_ die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per Mail oder per Fax an \_\_\_\_\_ übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.



**INPP** Österreich und Schweiz

Funkenbergweg 3  
D-88459 Tannheim

Tel 0049 8395934229

Mail: a.vanvelzen@t-online.de

www.inpp.info

www.inpp.ch