



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

D-88459 Tannheim/Württ

Mail: a.vanvelzen@t-online.de

Funkenbergweg 3

Tel: 0049 8395934229

www.inpp.info

Ihr Ansprechpartner:

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

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel Nr: _____

E-Mail: _____

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: _____

VORSCHUL- UND 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

