



## 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

Tel.: 0049-8395934229  
Fax: 0049-8395934228

anjavanvelzen@web.de

www.inpp.info  
www.inpp.ch

### Ihr Ansprechpartner:



*Verena Janetschek*  
*Physiotherapie & Osteopathie*

Ärztehaus Ramsau Nr. 160, 6284 Ramsau  
Tel.: +43 664 257 25 78, info@verena-janetschek.at

## Neurophysiologische Entwicklungsförderung NDT/INPP

# FRAGEBOGEN KINDER (KURZFORM)

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 oder psychosomatische Beschwerden aufgetreten?  ja  nein
  
2. 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
  
3. Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Geburtstermin geboren? (plus/minus 14 Tage)  ja  nein
  
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
  
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  
b) Apgar Werte (s. Mutterpass ):        /        /        /  
c) Brauchte Ihr Kind nach der Entbindung Intensivpflege?  ja  nein

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) Hat es Kriechen und Krabbeln verzögert erlernt, bzw. ausgelassen?  ja  nein  
b) Hat Ihr Kind spät Gehen gelernt (älter als 16 Monate)?  ja  nein
9. War Ihr Kind zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat auffällig aktiv und fordernd? Schlieft es wenig und schrie es häufig?  ja  nein
10. Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt? (Zwei- und Dreiwortsätze > 2 Jahre)  ja  nein
11. Hatte Ihr Kind während der ersten drei Lebensjahre hohes Fieber mit Krämpfen und/oder Bewusstseinstörung?  ja  nein
12. Hatte Ihr Kind auffällige Schwierigkeiten beim Anziehenlernen, z.B. beim Zuknöpfen und/oder Schuhebinden?  ja  nein
13. 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
14. Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen?  ja  nein
15. Hat Ihr Kind bis zum Alter von 5 Jahren oder länger am Daumen genuckelt?  ja  nein

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

17. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?  ja  nein

Zusätzliche Angaben zum Kleinkind- und Vorschulalter:

---

---

---

---

---

---

---

---

## SCHULALTER

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

19. Hatte oder hat es Probleme beim Schreibenlernen?  ja  nein

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

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

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

23. Hatte oder hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen Ball zu fangen, einen Purzelbaum zu machen und/oder gilt es als unbeholfen?  ja  nein

24. Kann Ihr Kind Zuhause oder in der Schule nur schlecht ruhig am Tisch sitzen?  ja  nein

25. Macht Ihr Kind auffällig viele Fehler beim Abschreiben von der Tafel?  ja  nein

26. 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.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---