



INPP Deutschland

In Kooperation mit *The Institute of Neurophysiological Psychology (INPP) in Chester, England*

Leitung: Dr. Peter Blythe & Sally Goddard Blythe



Pädagogisches Institut für Entwicklungsförderung
NDT/INPP® | Kinesiologie | Lernförderung | Wahrnehmungstraining

Neurophysiologische Entwicklungsförderung NDT/INPP

Fragebogen Kinder

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.Nr: _____

Datum: _____

Familie:

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Geschwister mit Geburtsdaten:

Bitte beschreiben Sie die Probleme des 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 emotionalem 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 der 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, bitte Einzelheiten angeben: _____

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 (vor dem 12. Lebensmonat) oder spät (nach dem 18. Lebensmonat) 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? Schliefe 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 unter 2 Jahren) | 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. ten Geburtstag gelegentlich noch eingenässt? ja nein

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

Zusätzliche Angaben zum Kleinkind- oder 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 |
| c) Hatte oder hat es Probleme im mathematischen Bereich? | 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 Hand-Augen-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) Machte 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 wach geworden und hattest das Gefühl, Dich nicht bewegen oder nichts sagen zu können?
- ja nein
34. Wenn Du lange ruhig stehen musst, z.B. in der Schule oder in der Kirche, hast Du dann das Gefühl, dass Du schwankst?
- ja nein
35. Hast Du beim Handstand, der Rolle vorwärts oder rückwärts, beim Hochklettern am Seil oder Überspringen eines Kastens mehr Probleme als andere 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 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

ERGÄNZUNGSFRAGEN:

42. Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen?

- Polio
- Masern, Mumps, Röteln
- Tuberkulose
- Diphtherie, Keuchhusten
- Tetanus

Andere bitte eintragen:

43. Hat das Kind Freunde?

ja

nein

Wenn ja, wie viele?

44. Welches ist seine Lieblingsfarbe? (Fragen Sie Ihr Kind)

45. Wie ist die Stifthaltung Ihres Kindes? Normal?

ja

nein

Wenn nein beschreiben Sie die Stifthaltung

46. Hat Ihr Kind die Trotz- und/oder Fremdelphase mitgemacht?

a.) Trotzphase

ja

nein

b.) Fremdelphase

ja

nein

47. Wie ist die Hautempfindlichkeit Ihres Kindes? z.B. (stört es Schmutz an seinen Händen? Stört es Zettelchen in der Kleidung?)

- Normal
- Empfindlich
- Überempfindlich
-

48. Reagiert das Kind auf eigene innere Reize, ja nein
Wie z.B. Hunger?

49. Ist das Kind bei Aufregung oder wenn es ja nein
wütend ist, blass und kalt

50. Ist das Kind bei Aufregung oder wenn es ja nein
wütend ist, rot und heiß?

51. Ist Ihr Kind eher ungeschickt? ja nein

52. Hantiert es unmöglich mit Messer und Gabel? ja nein

53. Kann es seine Kraft richtig dosieren? Ja nein
(z.B. bei Umarmungen usw.?)

Wenn nein, nennen Sie bitte Einzelheiten _____

54. Übt es zu viel / zu wenig Druck beim Schreiben auf den Stift aus? Normal zu viel