



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

anjavanvelzen@web.de

Funkenbergweg 3

Tel.: 0049-8395934229

www.inpp.info

D-88459 Tannheim

Fax: 0049-8395934228

www.inpp.ch

Ihr Ansprechpartner:

INPP Fragebogen zu Neuromotorischer Unreife bei Erwachsenen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel. Nr.: _____

Datum: _____

E-Mail: _____

ZUR PERSON

Alter: _____

Familienstand: _____

Kinder (Anzahl und Alter):

Schulabschluss, Ausbildung, Beschäftigungsverhältnis:

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Probleme (beruflich, privat) in der Reihenfolge ihrer Schwere:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

Wurden bereits medizinische, psychiatrische und/oder psychotherapeutische Diagnosen gestellt? ja nein

Wenn Ja, nennen Sie Einzelheiten und legen Sie, soweit vorhanden, Kopien von Berichten oder Gutachten bei:

TEIL I

SCHWANGERSCHAFT, GEBURT, KINDHEIT

Bitte Zutreffendes ankreuzen und gegebenenfalls erläutern.

1. **Sind bei Ihnen oder in Ihrer Herkunftsfamilie Lernstörungen und/oder psychosomatische Beschwerden wie z.B. Migräne, Asthma, Allergien, Neurodermitis oder Lebensmittelunverträglichkeiten aufgetreten?** ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten:

2. a) **Ist Ihre Mutter durch künstliche Befruchtung schwanger geworden?** ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben:

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

3. a) **Hatte Ihre Mutter medizinische Probleme, als sie mit Ihnen schwanger war (z.B. Bluthochdruck, übermäßiges Erbrechen, vorzeitige Wehen, Blutungen, drohende Fehlgeburt, chronische oder akute Erkrankungen o.ä.)?** ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben:

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

- c) **Standen Ihre Mutter während der Schwangerschaft unter emotionalem Stress (z.B. beruflicher Stress, Beziehungstress, Tod oder Krankheit eines Familienangehörigen, Umzug, vorangegangene Fehlgeburten o.ä.)?** ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben:

- d) **Hatte sie in den ersten 13 Schwangerschaftswochen eine Virusinfektion?** ja nein

- e) **Hat sie während der Schwangerschaft geraucht?** ja nein

- f) **Hat sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?** ja nein

- g) **Hat sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?** ja nein

4. **Wurden Sie früher oder später als zum errechneten Geburtstermin geboren (plus/minus 14 Tage)?** ja nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben:

5. **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, bitte Einzelheiten angeben:

6. **Waren Sie zu klein, bzw. zu leicht, bezogen auf den Geburtszeitpunkt?** ja nein

Geburtsgewicht: _____ gr.

Größe: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

7. a) **Gab es nach der Geburt Besonderheiten bei Ihnen (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 (siehe Mutterpass): _____ / _____ / _____ / _____

c) Wurde Sie nach der Entbindung von Ihrer Mutter getrennt? ja nein

d) **Brauchte Sie 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 Ihrer Mutter):

8. **Gab es in Ihren ersten dreizehn Lebenswochen Still- oder Trinkprobleme? Hatten Sie Schwierigkeiten, Nahrung bei sich zu behalten?** ja nein
9. a) Dauerte es auffallend lang, bis Sie das Köpfchen heben konnte? ja nein
- b) Haben Sie sich verzögert vom Rücken auf den Bauch gedreht? ja nein
- c) **Haben Sie Kriechen und Krabbeln verzögert erlernt, bzw. ausgelassen?** ja nein
- d) **Haben Sie auffallend früh (< 10 Monate) oder spät (> 16 Monate) Gehen gelernt?** ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten:

- e) Waren Sie ein Zehenspitzenwandler? ja nein
10. Waren Sie in den ersten sechs Monaten auffallend ruhig und inaktiv? ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten:

11. a) **Waren Sie ab dem 6. Lebensmonat auffällig aktiv und fordernd? Schiefen Sie wenig und schrien häufig?** ja nein
- b) Ließen Sie sich auf dem Arm nicht beruhigen? ja nein
- c) Waren Sie besonders schreckhaft? ja nein
- d) Haben Sie eine abgegrenzte Fremdelphase (etwa zwischen 7. und 11. Monat) ausgelassen? ja nein
- e) Haben Sie eine abgegrenzte Trotzphase (etwa zwischen 20. und 36. Lebensmonat) ausgelassen? ja nein

Bitte nennen Sie Einzelheiten:

12. Zeigten Sie im Bettchen oder in der Karre starke, stereotype Schaukelbewegungen, als Sie sich aufsetzen, bzw. zum Stehen hochziehen konnten? ja nein
13. Waren Sie ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stießen Sie absichtlich mit dem Kopf an feste Gegenstände? Neigten Sie zu Kopfverletzungen? ja nein
14. Haben Sie spät sprechen gelernt ? (Zwei- und Dreiwortsätze > 2 Jahre)? ja nein
15. Hatten Sie in den ersten drei Lebensjahren hohes Fieber mit Bewusstseinstörung und/oder Krämpfen? ja nein
16. Hatten Sie auffällige Schwierigkeiten beim Anziehenlernen, z.B. beim Knöpfen, Schleifebinden o.ä.? ja nein
17. Gab oder gibt es bei Ihnen Anzeichen von Neurodermitis oder anderen Hautproblemen, Asthma oder anderen chronischen Atemwegsproblemen, Lebensmittelunverträglichkeiten oder anderen allergischen Reaktionen? ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten:

18. Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen? ja nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten:

19. Haben Sie bis zum Alter von 5 Jahren oder länger am Daumen gelutscht? ja nein

Wenn Ja, an welchem? _____

20. **Haben Sie nach dem 5. Geburtstag gelegentlich noch eingenässt?** ja nein
21. **Waren Sie ängstlich oder schreckhaft?** ja nein
22. **Litten bzw. leiden Sie unter Reiseübelkeit?** ja nein

Zusätzliche Angaben zum Kleinkind- und Vorschulalter:

SCHULALTER

23. Hatten Sie in den beiden ersten Schuljahren Probleme beim Lesenlernen? ja nein
24. a) Hatten Sie Probleme beim Schreibenlernen? ja nein
b) Hatten Sie Probleme beim Erlernen der Schreibschrift? ja nein
25. Hatten Sie Probleme beim Ablesen der Uhrzeit (analoges Ziffernblatt) und/oder sich Abfolgen (Wochentage, Monate, Jahreszeiten etc.) zu merken? ja nein
26. Hatten Sie Schwierigkeiten, ohne Stützräder Fahrradfahren zu lernen? ja nein
27. a) Hatten Sie Schwierigkeiten mit dem Schwimmenlernen? ja nein
b) Konnten Sie besser unter als über Wasser schwimmen? ja nein
28. Litten Sie auffällig häufig an Hals-, Nasen- oder Ohreninfektionen? ja nein
29. Hatten Sie Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen, einen Purzelbaum zu machen und/oder galten Sie als ungeschickt? ja nein
30. a) Konnten oder können Sie nur schlecht ruhig am Tisch sitzen? ja nein
b) Bevorzugten Sie auffällige Sitzpositionen? ja nein
31. a) Machten oder machen Sie auffällig viele Fehler beim Abschreiben? ja nein
b) Verdrehten oder verdrehen Sie einzelne Buchstaben oder Zahlen? ja nein
c) Ließen oder lassen Sie Buchstaben oder Wörter aus, wenn Sie frei schreiben mussten, bzw. müssen? ja nein
d) Machten Sie auffällig viele Fehler bei Diktat oder Ansage? ja nein
32. Reagierten oder reagieren Sie bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark? ja nein
33. Sind Sie linkshändig? ja nein

TEIL II

34. Wie alt waren Sie, als Ihre Probleme begannen? _____
35. Welche Symptome hatten Sie? _____

36. Verschlimmern sich Ihre Probleme zu bestimmten Zeiten
oder an bestimmten Orten? ja nein
- Wenn Ja, beschreiben Sie bitte, wann und/oder wo und in welcher Weise: _____

37. Gibt es Zeiten, in denen Sie das Haus nicht allein verlassen können? Häufig
 Manchmal
 Nie
38. Gibt es Zeiten, in denen Sie das Gefühl haben, vornüber zu fallen? Häufig
 Manchmal
 Nie
39. Sehen Sie Dinge sich bewegen, von denen Sie wissen, dass sie sich nicht
bewegen können, z.B. Häuser, Bäume, Straßen etc.? Häufig
 Manchmal
 Nie
40. Haben Sie ab und zu das Gefühl, dass Ihre Augen nicht richtig funktionieren,
sich z.B. nicht scharf einstellen lassen oder Ihnen „Streiche spielen“? Häufig
 Manchmal
 Nie
41. Leiden Sie unter Übelkeit? Häufig
 Manchmal
 Nie
42. Leiden Sie unter Schwindel? Häufig
 Manchmal
 Nie
43. Leiden Sie unter Schwindelgefühlen, während Sie im Bett liegen? Häufig
 Manchmal
 Nie
44. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gleichgewicht nicht gut ist? ja nein
45. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Koordination schlecht ist? ja nein

TEIL III

46. Leiden, bzw. litten Sie unter Migräne? Häufig
 Manchmal
 Nie
47. Sind Sie besonders lichtempfindlich (z.B. beim flackernden, grellen Licht einer Diskothek o.ä.)? ja nein
48. Sind Sie besonders geräuschempfindlich? ja nein
49. Haben Sie ab und zu Probleme, Rechts und Links zu unterscheiden, wenn Sie z.B. einen Weg beschreiben müssen oder bei der Ausführung bestimmten Tätigkeiten? ja nein
50. Wenn Sie einen längeren, schwierigen Text oder Brief schreiben, kann es Ihnen dann passieren, dass Sie nach einer Weile anfangen, Flüchtigkeitsfehler zu machen, indem Sie z.B. Buchstaben oder Wörter vertauschen oder Probleme mit der Rechtschreibung bekommen? Häufig
 Manchmal
 Nie
51. Wenn Sie sehr müde und erschöpft sind, passiert es Ihnen dann, dass Sie sich vermehrt versprechen oder Ihnen Worte beim Sprechen nicht einfallen? Häufig
 Manchmal
 Nie
52. Wenn Sie sehr müde und erschöpft sind, passiert es Ihnen dann, dass Sie ungeschickter werden, sich vermehrt stoßen, stolpern oder Dinge fallen lassen oder umstoßen? Häufig
 Manchmal
 Nie

Zusätzliche Angaben (Familiensituation, Ernährungsverhalten, erfolgte Therapien und Behandlungen etc.):
