INPP Österreich und Schweiz
Leitung: Anja van Velzen
In Kooperation mit The Institute for Neurophysiological Psychology INPP
in Chester/England, Direktorin: 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
www.inpp.ch

Ihr Ansprechpartner:

INPP Fragebogen zu neuromotorischer Unreife bei Kindern und Jugendlichen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

_____

Tel Nr: _____

E-Mail: _____

Datum: _____

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

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:

_____

_____

_____

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

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. a. Sind Sie 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

   Wenn Ja, bitte Einzelheiten zu Art und Zeitpunkt der Behandlung angeben: _____

   _____

3. **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: _____

   _____

   b. Wurden diagnostische Verfahren durchgeführt (Amniocentese, Ultraschall o.ä.)? ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn Ja, welche und wann: _____

   _____

   c**. Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft unter emotionalem Stress (z.B. beruflicher Stress, Beziehungsstress, Tod oder Krankheit eines Familienangehörigen, Umzug, vorangegangene Fehlgeburten o.ä.)?** ☐ Ja ☐ Nein

   Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

   _____

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

d. Hatten Sie in den ersten 13 Schwangerschaftswochen eine Virusinfektion? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche und wann: _____

_____

e. Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? ☐ Ja ☐ Nein

f. Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? ☐ Ja ☐ Nein

g. Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

4. **Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Geburtstermin geboren (plus 10/minus 20 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, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

_____

6. **War Ihr Kind zu klein, bzw. zu leicht, bezogen auf den Geburtszeitpunkt?** ☐ Ja ☐ Nein

Geburtsgewicht: _____ gr.

Größe: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

7. 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 Neugeborenengelbsucht o.ä.) ?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

_____

b. Apgar Werte (s. Mutterpass): / / / PH-Wert:

c. Wurde Ihr Kind nach der Entbindung von Ihnen getrennt? ☐ Ja ☐ Nein

d. Brauchte Ihr Kind 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):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

9. 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

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

c. **Hat es Kriechen und Krabbeln verzögert erlernt, bzw. ausgelassen?** ☐ Ja ☐ Nein

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

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

_____

e. War oder ist Ihr Kind ein Zehenspitzengänger? ☐ Ja ☐ Nein

10. War Ihr Kind in den ersten Lebenswochen auffallend ruhig und inaktiv? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

_____

_____

_____

_____

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

b. Ließ es sich auf Ihrem Arm nicht beruhigen? ☐ Ja ☐ Nein

c. War es besonders schreckhaft? ☐ Ja ☐ Nein

d. Hat es eine abgegrenzte Fremdelphase (etwa zwischen 6. und 11. Monat) ausgelassen? ☐ Ja ☐ Nein

e. Hat es eine abgegrenzte Trotzphase (etwa zwischen 20. und 30. Lebensmonat) ausgelassen? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte nennen Sie Einzelheiten: _____

_____

_____

_____

_____

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

12. Zeigte Ihr Kind im Bettchen oder in der Karre starke, stereotype Schaukelbewegungen, als es sich aufsetzen, bzw. zum Stehen hochziehen konnte? ☐ Ja ☐ Nein

13. War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer", d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf an feste Gegenstände? Neigte es zu Kopfverletzungen? ☐ Ja ☐ Nein

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

15. **Hatte Ihr Kind in den ersten drei Lebensjahren hohes Fieber mit Bewusstseinstrübung und/oder Krämpfen?** ☐ Ja ☐ Nein

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

17. **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: _____

_____

_____

18. **Gab es auffällige Reaktionen nach Impfungen?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, nennen Sie bitte Einzelheiten: _____

_____

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

Wenn Ja, an welchem? _____

_____

20. **Hat Ihr Kind nach dem 5. Geburtstag gelegentlich noch eingenässt?** ☐ Ja ☐ Nein

21. War oder ist Ihr Kind ängstlich oder schreckhaft? ☐ Ja ☐ Nein

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

22. **Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?** ☐ Ja ☐ Nein

Zusätzliche Angaben zum Säuglings- und Kleinkindalter: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

VORSCHUL- UND SCHULALTER

23. **Hatte oder hat Ihr Kind in den beiden ersten Schuljahren Probleme beim Lesenlernen?** ☐ Ja ☐ Nein

24. **a. Hatte oder hat es Probleme beim Schreibenlernen?** ☐ Ja ☐ Nein

b. Hatte es Probleme beim Erlernen der Schreibschrift? ☐ Ja ☐ Nein

25. **Hatte oder hat es Probleme beim Ablesen der Uhrzeit (analoges Ziffernblatt) und/oder sich Abfolgen (Wochentage, Monate, Jahreszeiten etc.) zu merken?** ☐ Ja ☐ Nein

26. **Hatte es Schwierigkeiten, ohne Stützräder Fahrradfahren zu lernen?** ☐ Ja ☐ Nein

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

27. a. Hatte es Schwierigkeiten mit dem Schwimmenlernen? ☐ Ja ☐ Nein

b. Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? ☐ Ja ☐ Nein

28. **Litt oder leidet Ihr Kind auffällig häufig an Hals-, Nasen- oder Ohreninfektionen?** ☐ Ja ☐ Nein

29. **Hatte oder hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen, einen Purzelbaum zu machen und/oder gilt es als ungeschickt?** ☐ Ja ☐ Nein

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. Macht 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

e. Hat Ihr Kind auffällige Probleme im Zahlenraum, bei der Mengenerfassung und beim Rechnen? ☐ Ja ☐ Nein

32. **Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark?** ☐ Ja ☐ Nein

33. Ist Ihr Kind linkshändig? ☐ Ja ☐ Nein

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

Zusätzliche Angaben (Familiensituation, Ernährungsverhalten, besondere Vorlieben und Abneigungen des Kindes, Medienverhalten, erfolgte Therapien und Behandlungen etc.):

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEANTWORTET DAS KIND AB EINEM ALTER VON 8 JAHREN SELBST:

34. a. Warst Du schon einmal so erschrocken oder aufgeregt, dass Du nichts sagen konntest? ☐ Ja ☐ Nein

    b. Bist Du schon einmal nachts wachgeworden und hattest das Gefühl, Dich nicht bewegen und nichts sagen zu können? ☐ Ja ☐ Nein

35. Wenn Du lange ruhig stehen musst, z.B. in der Schule oder Kirche, hast Du dann das Gefühl, dass Du schwankst? ☐ Ja ☐ Nein

36. Hast Du bei Handstand oder Rolle, beim Hochklettern am Seil oder Überspringen eines Kastens mehr Probleme als die anderen Kinder? ☐ Ja ☐ Nein

37. a. Hast Du ab und zu Kopfschmerzen im Stirnbereich? ☐ Ja ☐ Nein

    b. Hast Du Migräne? ☐ Ja ☐ Nein

38. Reagierst Du auf grelles Licht empfindlicher als andere Kinder? ☐ Ja ☐ Nein

39. Bist Du geräuschempfindlich? ☐ Ja ☐ Nein

40. Verwechselst Du ab und zu Rechts und Links? ☐ Ja ☐ Nein

41. Wenn Du sehr müde und erschöpft bist, versprichst Du Dich dann manchmal oder verdrehst Wörter beim Sprechen? ☐ Ja ☐ Nein

42. Wenn Du sehr müde und erschöpft bist, wirst Du dann ungeschickter, stolperst Du häufiger, stößt Dich oder lässt etwas fallen? ☐ Ja ☐ Nein

© der vorliegenden Auflage Anja van Velzen, INPP Österreich und Schweiz – Tannheim 2006 – 2024

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz

Die in der INPP Neuromotorischen Entwicklungsförderung angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Namen, Geburtsdaten, Anschrift, Telefonnummer, Mailadresse und alle Daten zur Entwicklung, 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/Württ

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

www.inpp.info
www.inpp.ch