



Praxis für neuromotorische
Entwicklungsförderung
Dorthe Lübbe
Weseler Str. 539
48163 Münster

FRAGEBOGEN

Name

Geburtsdatum

Str.

Plz/Ort

Telefon Mobil

E-Mail

Datum/Unterschrift

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Wurde Ihrem Kind bereits eine Diagnose gestellt wie z.B. Legasthenie, Dyspraxie, AD(H)S?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente? Wenn ja, welche?
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Welche Behandlungen hat Ihr Kind bisher erhalten? (s. auch S. 5, Frage 30)
_____ | | |
| d) Gibt es eine familiäre Vorgeschichte von Lernproblemen? (s. auch S. 5, Frage 30)
_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	JA	NEIN
1		
1a Als Sie schwanger waren, hatten Sie irgendwelche medizinischen Probleme? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
1b Hatten Sie eine starke Virusinfektion in den ersten Wochen Ihrer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft (besonders im 6. Monat) unter starkem emotionalen Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d Sind während der Schwangerschaft diagnostische Verfahren (Ultraschall, Sonografie, Röntgen, Fruchtwasseruntersuchung o.ä.) durchgeführt worden? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
1e Erfolgte vor oder während der Schwangerschaft eine Hormonbehandlung (z.B. Progesterongabe in der 6. Woche)? Falls ja, welche und wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
2 Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Termin (+/- 2 Wochen; wenn Geburt eingeleitet +/- 10 Tage) geboren? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
3 War der Geburtsprozess ungewöhnlich oder besonders schwierig? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
4 War Ihr Kind klein bezogen auf den Geburtszeitpunkt? Geben Sie bitte das Geburtsgewicht: _____ und den Kopfumfang: _____ an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
5		
5a Gab es irgendwelche Besonderheiten an Ihrem Baby nach der Geburt, z.B. dass der Schädel verformt war, dass es viele blaue Flecken hatte, die Nabelschnur um den Hals hatte, dass es deutlich blau war, eine schwere Neugeborenenengelbsucht hatte, noch Lanugo-Behaarung aufwies oder noch stark mit Käseschmiere bedeckt war? Brauchte es Intensivpflege? Kam es dadurch zu einer längeren Trennung? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<hr/>		
5b Wie waren die APGAR – Werte Ihres Kindes? (s. Mutterpass) ___/___/___ und der pH-Wert: ____ Zusätzliche Angaben zur Schwangerschaft und Geburt (z.B. Einnahme der Pille?)		
<hr/>		
6 Hatte Ihr Kind in den ersten 13 Lebenswochen Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust, beim Trinken aus der Flasche? Hat es viel gespuckt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
7 Dauerte es auffallend lange, bis es seinen Kopf hochhalten konnte? (>4 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten ein auffallend ruhiges Baby, so ruhig, dass Sie manchmal befürchteten, es sei in seinem Bettchen gestorben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 War Ihr Kind zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat sehr aktiv und fordernd? Schlieft es wenig und schrie es ständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Als Ihr Kind alt genug war, in der Karre zu sitzen oder sich im Kinderbett zum Stand hochzuziehen, bewegte es sich dort heftig schaukelnd hin und her, so dass sich Karre oder Bett mitbewegten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf gegen feste Gegenstände? Gibt es eine Vorgeschichte von Kopfverletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		
12a Hat Ihr Kind sich zum richtigen Zeitpunkt (ca. ab 6. Monat) vom Rücken auf den Bauch gedreht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12b Hat Ihr Kind, anstatt zunächst auf dem Bauch zu kriechen und dann auf den Händen und Knien zu krabbeln, sich auf andere Weise fortbewegt (z.B. rollend, auf dem Po rutschend, im „Bärengang“ auf Händen und Füßen)? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12c Hat Ihr Kind auffallend spät (> 1,5 Jahre) oder früh (< 12 Monate) laufen gelernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt (Zwei- und Dreiwortsätze) (> 2,5 Jahre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		
14a Hatte es während der ersten 18 Lebensmonate irgendwelche Krankheiten, die mit hohem Fieber und/oder Krämpfen verbunden waren? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben (konnte es nach der Krankheit etwas nicht mehr so gut wie vorher?): _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14b Hatte es auffällige Schwierigkeiten sich selber anziehen zu lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		
15a Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b Zeigt es irgendwelche allergische Reaktionen? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15c Gab es irgendwelche auffälligen Reaktionen nach den Impfungen? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 16 Lutschte Ihr Kind bis etwa zum 5. Lebensjahr oder länger am Daumen?
Falls ja, an welchem: links <input type="checkbox"/> / rechts <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Machte oder macht Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren gelegentlich ins Bett? Zusätzliche Angaben zum Vorschulalter (z.B. besonders ängstlich und schreckhaft?): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, bis sie altersgemäß nicht mehr zutreffen

Schulzeit: 6. bis 8. Lebensjahr

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 18 Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 Hatte Ihr Kind in den ersten zwei Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Lesen zu lernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 Hatte es Schwierigkeiten beim Schreibenlernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Hatte es Schwierigkeiten, die Uhrzeit ablesen zu lernen (nicht Digitaluhr) bzw. sich insgesamt in der Zeit (Wochentage, Monate etc.) zurecht zu finden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | | |
| 22a Hatte es Schwierigkeiten, Fahrradfahren (ohne Stützräder) zu lernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22b Hatte es Schwierigkeiten, Schwimmen zu lernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22c Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 Hatte Ihr Kind im Verlauf der ersten 8 Lebensjahre (ausgenommen der ersten 18 Lebensmonate) Krankheiten mit sehr hohem Fieber, Bewusstlosigkeit oder Krämpfen? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 24 War/ist Ihr Kind ein „Hals-Nasen-Ohren“ Kind, d.h. litt/leidet es an häufigen Infektionen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 Hatte bzw. hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen oder andere Auge-, Hand-Koordinationsprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

