



Claudia Dünow

Praxis für Entwicklungsförderung

FRAGEBOGEN / KINDER

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

Telefon:

E-Mail:

Kinderarzt:

Schule/Kita:

Mutter: Beruf:

Vater: Beruf:

Geschwister/geb. am:

.....

Teil I: Allgemeiner Fragenkatalog

Wie ist die aktuelle Familiensituation? Existieren besondere Belastungen?

.....

.....

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

.....

Welcher Anlass führt Sie aktuell zu mir?

.....

Welche Veränderungen möchten Sie mit dem Bewegungsprogramm erreichen?

.....

Sind in der Familie chronische oder psychische Erkrankungen
(z.B. Schizophrenie, Borderline, starke Depressionen) oder Epilepsie bekannt?

.....

Werden außerhäusliche Betreuungen (z.B. Hort) wahrgenommen?
(wann, wo, wie lange?)

.....

Was sind die „Sonnenseiten“/ Stärken Ihres Kindes?

.....

.....

.....

Welche Alltagsschwierigkeiten können Sie bei Ihrem Kind wahrnehmen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Was können Sie zu den folgenden Alltagssituationen berichten?

Ernährung:

Trinkverhalten (wenig/viel):

Selbstwertgefühl:.....

Freizeit/Hobbies /Spielverhalten (Sport, Instrument, Medienkonsum)

.....
.....

Freunde/soziale Kontakte:

Sensibles Sinnessystem: licht-, geräusch-, geruchs-, geschmacksempfindlich, gleichgewichtsunsicher?

.....

Anstrengungsbereitschaft, Regeleinhaltung, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Kritikannahme?

.....
.....

Was liegen für darüber hinaus für Diagnosen und Gesundheitliche Auffälligkeiten vor?

.....
.....
.....
.....

Welche weiteren Informationen sind Ihnen wichtig?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Teil II: Offizieller Fragenkatalog der International School for Neuro-Developmental Training and Research (INPP), Deutschland und England

Kindheit

1.

1a. Als Sie schwanger waren, hatten Sie irgendwelche medizinischen Probleme? ja nein
z.B. Übelkeit/Erbrechen, Zwischenblutungen, Diabetes, Bettruhe, vorzeitige Wehen, Sonstiges?

.....
.....

1b. Hatten Sie eine starke Virusinfektion in den ersten Wochen Ihrer Schwangerschaft? ja nein

1c. Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft (besonders im 6. Monat) unter starkem emotionalen Stress (beruflicher Stress, Prüfung, fam. Probleme, Hochzeit, Umzug, Urlaub? ja nein

1d. Sind während der Schwangerschaft diagnostische Verfahren (Ultraschall, Sonografie, Röntgen, Fruchtwasseruntersuchung o.ä.) durchgeführt worden? ja nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:
.....

1e. Erfolgte vor oder während der Schwangerschaft eine Hormonbehandlung (z.B. Progesterongabe in der 6. Woche)? ja nein

Falls ja, welche und wann:
.....

2. Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Termin (+ / - 2Wochen; wenn Geburt eingeleitet + / - 10 Tage) geboren? ja nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

3. War der Geburtsprozess ungewöhnlich oder besonders schwierig? ja nein

z.B. Sturzgeburt oder sehr lange Geburt, besondere Geburtslage, Saugglocke, Zange, Kristellern, Kaiserschnitt?

.....
.....

4. War Ihr Kind klein bezogen auf den Geburtszeitpunkt? ja nein

Geben Sie bitte das Geburtsgewicht: und den Kopfumfang: an.

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:
.....
.....

5b. Wie waren die APGAR – Werte Ihres Kindes? (siehe Mutterpass)/...../..... und der pH-Wert:

Zusätzliche Angaben zur Schwangerschaft und Geburt (z.B. Einnahme der Pille?)

.....
.....
.....

6. Hatte Ihr Kind in den ersten 13 Lebenswochen Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust, beim Trinken aus der Flasche? Hat es viel gespuckt? Bevorzugte Seite? Brustentzündungen? ja nein
7. Dauerte es auffallend lange, bis es seinen Kopf hochhalten konnte? (> 4 Monate) ja nein
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? ja nein
9. War Ihr Kind zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat sehr aktiv und fordernd? Schlieft es wenig und schrie es ständig? ja nein
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? ja nein
11. War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstößer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf gegen feste Gegenstände? Gibt es eine Vorgeschichte von Kopfverletzungen? ja nein
- 12.
- 12a. Hat Ihr Kind sich nicht zum richtigen Zeitpunkt (ca. ab 6. Monat) oder nur mit physiotherapeutischer Unterstützung vom Rücken auf den Bauch gedreht? ja nein
- 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)? ja nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:
.....

Saß es oft in der Wippe, Babyschale/Autositz?.....

- 12c. Hat Ihr Kind auffallend spät (> 1,5 Jahre) oder früh (< 12 Monate) laufen gelernt? ja nein
13. Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt (Zwei- und Dreiwortsätze > 2,5 Jahre)? ja nein
- Verstärkter Speichelfluss? Mundschlussprobleme?.....
- 14.
- 14a. Hatte es während der ersten 18 Lebensmonate irgendwelche Krankheiten, die mit hohem Fieber und/oder Krämpfen verbunden waren? ja nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben (konnte es nach der Krankheit etwas nicht mehr so gut wie vorher?)

.....
.....

14b. Hatte es auffällige Schwierigkeiten sich selber anziehen zu lernen? ja nein

15.

15a. Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma? ja nein

15b. Zeigt es irgendwelche allergische Reaktionen? ja nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

.....
.....

15c. Gab es irgendwelche auffälligen Reaktionen nach den Impfungen? ja nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

.....
.....

16. Lutschte Ihr Kind bis etwa zum 5. Lebensjahr oder länger am Daumen? ja nein

Falls ja, an welchem: links rechts

17. Machte oder macht Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren gelegentlich ins Bett? ja nein

Zusätzliche Angaben zum Vorschulalter (z.B. besonders ängstlich und schreckhaft?): ja nein

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit sie altersgemäß zutreffen -

Schulzeit: 6. – 8. Lebensjahr

18. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit? ja nein

19. Hatte Ihr Kind in den ersten zwei Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Lesen zu lernen? ja nein

20. Hatte es Schwierigkeiten beim Schreibenlernen? ja nein

- 20a. Falls es zunächst Druckschrift erlernte, hatte es Probleme mit der Schreibschrift? ja nein
21. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in der Organisation/Ordnung und Orientierung, die Uhrzeit ablesen (analog) bzw. sich insgesamt in Raum und Zeit (Wochentage, Monate) zurecht zu finden? ja nein
- 21b. Textaufgaben verstehen oder logische Zusammenhänge erkennen?.....
- 22.
- 22a. Hatte es Schwierigkeiten, Fahrradfahren (ohne Stützräder) zu lernen? ja nein
- 22b. Hatte es Schwierigkeiten, Schwimmen zu lernen? ja nein
- 22c. Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? ja nein
23. Hatte Ihr Kind im Verlauf der ersten 8 Lebensjahre (ausgenommen die ersten 18 Lebensmonate) Krankheiten mit sehr hohem Fieber, Bewusstlosigkeit oder Krämpfen? ja nein
- Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:
-
24. War / ist Ihr Kind ein „Hals- Nasen- und Ohren“ Kind, d.h. litt / leidet es an häufigen Infektionen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich? ja nein
25. Hatte bzw. hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen oder andere Auge- / Hand-Koordinationsprobleme? ja nein

8. - 10. Lebensjahr

26. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten still zu sitzen und wird es deswegen ständig vom Lehrer ermahnt? Bevorzugt es auffällige Sitzpositionen? ja nein
27. Macht Ihr Kind zahlreiche Fehler, wenn es aus einem Buch oder von der Tafel abschreibt? ja nein
28. Wenn Ihr Kind in Schule einen Aufsatz schreibt, verdreht es dabei gelegentlich Buchstaben oder lässt einzelne Buchstaben oder Wörter aus (auch evtl. Zahlendreher)? ja nein
29. Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark? ja nein

Zusätzliche Angaben

Therapien/Förderungen/Familiensituation:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....