

**FRAGEBOGEN / ERWACHSENE**  
**AUF NEUROMOTORISCHE UNREIFE**

© INPP 1975, 1979



Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel-Nr. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Wurde jemals eine Diagnose gegeben, z.B: Legasthenie, Dyspraxie, ADHS, ADS, Agoraphobie, Panikstörung oder andere?  
Falls ja, geben Sie sie bitte an:

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?  
Bitte nennen Sie alle:

Bitte führen Sie alle Krankheiten auf:

Bitte nennen Sie Ihre Symptome:

Wurden Sie schon einmal wegen psychiatrischer Störungen behandelt?  
Falls ja, spezifizieren Sie bitte:

## **Teil 1 – NEUROLOGISCHE ENTWICKLUNG**

### **Kindheit**

1. Besteht eine familiäre Vorgeschichte ähnlicher Schwierigkeiten bei Ihren Eltern oder deren Familien? JA/NEIN
2. Wurde eine In-vitro-Fertilisation durchgeführt? JA/NEIN
3. Als Ihre Mutter schwanger war, hatte sie irgendwelche medizinischen Probleme? Z.B. hohen Blutdruck, starkes Schwangerschaftserbrechen, drohende Fehlgeburt, schwere Virusinfektionen, starken emotionalen Stress. Bitte spezifizieren:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
a. Rauchte sie während der Schwangerschaft? JA/NEIN  
b. Trank sie Alkohol während der Schwangerschaft? JA/NEIN  
c. Hatte sie in den ersten 13 Wochen einen starken Virusinfekt? JA/NEIN  
d. Stand sie zwischen der 25.-27. Schwangerschaftswoche unter starkem emotionalen Stress? JA/NEIN  
e. Falls bekannt: Wie viele Ultraschalls wurden durchgeführt? JA/NEIN
4. Wurden Sie zum errechneten Geburtstermin geboren oder früher oder später?  
Bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_  
War der Geburtsprozess ungewöhnlich oder schwierig?
  - Einleitung (warum?)
  - Verlängerte Wehentätigkeit
  - Sehr kurze Geburt Sturzgeburt
  - Zange
  - Saugglocke
  - Kaiserschnitt (Wunsch- oder Notsectio)Falls ja, bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Hatten Sie ein geringes Geburtsgewicht? Falls bekannt, bitte angeben \_\_\_\_\_ JA/NEIN
6. Gab es irgendwelchen Besonderheiten an Ihnen nach der Geburt? Z.B. verformter Schädel, blaue Flecken, deutlicher blau, Neugeborenenengelbsucht, viel Käseschmiere oder erforderliche Intensivpflege Falls ja, bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ JA/NEIN
7. Hatten Sie in den ersten 13 Wochen Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust, beim Trinken aus der Flasche? Haben Sie viel gespuckt? JA/NEIN
8. Wurden Sie gestillt? JA/NEIN

Wie lange? \_\_\_\_\_

9. Waren Sie in den ersten 6 Lebensmonaten ein sehr ruhiges Kind, so ruhig, dass Ihre Eltern Angst vor dem plötzlichen Kindstod hatten? JA/NEIN
10. Waren Sie zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat ein sehr aktives und forderndes Kind? Schliefen Sie nur wenig und schrien Sie ständig? JA/NEIN
11. Als Sie alt genug waren, in der Karre zu sitzen oder sich im Kinderbett zum Stand hochzuziehen, bewegten Sie sich dort heftig schaukelnd hin und her, so dass sich Karre oder Bett mitbewegten? JA/NEIN
12. Waren Sie ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stießen Sie absichtlich mit dem Kopf gegen feste Gegenstände? JA/NEIN
13. Haben Sie, anstatt zunächst auf dem Bauch zu kriechen und dann auf den Händen und Knien zu krabbeln, sich auf andere Weise fortbewegt (z.B. rollend oder auf dem Po rutschend) und sind dann einfach aufgestanden?  
Falls ja, bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_ JA/NEIN
14. Haben Sie spät laufen gelernt (später als 16 Monate) JA/NEIN
15. Haben Sie spät sprechen gelernt? (2-Wort-Sätze mit 2 Jahren; 2- 3-Wortsätze mit 3 Jahren) JA/NEIN
16. Hatten Sie während der ersten 18 Lebensmonate irgendwelche Krankheiten, die mit hohem Fieber und/oder Krämpfen verbunden waren?  
Falls ja, bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_ JA/NEIN
- 
17. Hatten/haben Sie Hautprobleme oder Asthma? JA/NEIN  
Hatten/haben Sie Allergien? JA/NEIN  
Zeigten Sie auffällige Impfreaktionen? JA/NEIN
18. Hatten Sie auffällige Schwierigkeiten, sich selber anziehen zu lernen? JA/NEIN
19. Lutschten Sie bis etwa zum 5. Lebensjahr oder länger am Daumen?  
Falls ja, an welchem? \_\_\_\_\_ rechts/links JA/NEIN
20. Machten Sie über das 5. Lebensjahr hinaus gelegentlich noch ins Bett? JA/NEIN
21. Litten/leiden Sie unter Reiseübelkeit?  
Falls ja, wann hörte das auf? \_\_\_\_\_ JA/NEIN  
Bitte spezifizieren, welche Transportmittel Reiseübelkeit auslösten.

## **Schule**

22. Hatten Sie in den ersten beiden Grundschuljahren Schwierigkeiten, lesen zu lernen? JA/NEIN
23. Hatten Sie in den ersten beiden Grundschuljahren Schwierigkeiten beim Schreibenlernen? JA/NEIN
24. Traf dies besonders auf das Erlernen der Schreibschrift zu? JA/NEIN
25. Hatten Sie Schwierigkeiten, die (analoge) Uhrzeit ablesen zu lernen? JA/NEIN
26. Hatten Sie Schwierigkeiten, Fahrradfahren (ohne

- Stützräder) zu lernen?
27. Waren Sie in den ersten 8 Lebensjahren ein Kind, das ständig unter Erkältungen, Bronchitis und Mittelohrentzündungen gelitten hat? JA/NEIN
28. Hatten Sie als Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen oder andere Auge- /Hand-Koordinationsprobleme? JA/NEIN
29. Hatten Sie als älteres Kind im Sportunterricht größere Schwierigkeiten als Ihre Klassenkameraden bei der Rolle vorwärts, beim Handstand, Seilklettern, Balancieren oder beim Bockspringen? JA/NEIN
30. Hatten Sie als Kind Schwierigkeiten still zu sitzen und wurden deswegen ständig vom Lehrer ermahnt? JA/NEIN
31. Machten Sie zahlreiche Fehler, wenn Sie aus einem Buch oder von der Tafel abschrieben? JA/NEIN
32. Wenn Sie in der Schule einen Aufsatz schrieben, verdrehten Sie dabei gelegentlich Buchstaben oder ließen einzelne Buchstaben oder Wörter aus? JA/NEIN

### **Heute – Erwachsenenalter**

33. Überreagieren Sie bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen? JA/NEIN
34. Leiden Sie unter Agoraphobie, Panikattacken oder extremen Ängsten?  
Wie alt waren Sie, als diese Probleme begannen? JA/NEIN
35. Welche Symptome hatten Sie? \_\_\_\_\_
- 
36. Gibt es Zeiten oder Orte, an denen Ihre Symptome stärker waren?  
Falls ja, wo oder wann? \_\_\_\_\_ JA/NEIN
37. Gibt es Zeiten, in denen Sie das Gefühl haben, vornüber zu fallen? oft/  
manchmal/  
nie
38. Sehen Sie Dinge sich bewegen, die sich eigentlich nicht bewegen können, wie z.B. Gebäude, Straßen, Stufen? oft/  
manchmal/  
nie
39. Haben Sie gelegentlich das Gefühl, dass Ihre Augen nicht richtig funktionieren, z.B. nicht richtig fokussieren oder Ihnen „Streiche“ spielen? oft/  
manchmal/  
nie
40. Leiden Sie unter Übelkeitsgefühlen? oft/  
manchmal/  
nie
41. Leiden Sie unter Schwindelgefühlen? oft/  
manchmal/  
nie
42. Treten diese Schwindelgefühle auch auf, wenn Sie im Bett liegen? oft/  
manchmal/  
nie
43. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gleichgewicht nicht gut ist? JA/NEIN
44. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Koordination manchmal schlecht ist? JA/NEIN

## **Teil 2**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 45. Leiden Sie unter Migräne oder haben Sie früher darunter gelitten?  | oft/<br>manchmal/<br>nie |
| 46. Sind Sie sehr lichtempfindlich? (Waren Sie schon einmal in einer Diskothek, in der das flackernde Licht Sie beeinträchtigt hat?)   | JA/NEIN                  |
| 47. Würden Sie sagen, dass Sie geräuschempfindlicher sind als andere Menschen, die Sie kennen?   | JA/NEIN                  |
| 48. Haben Sie Probleme, rechts und links zu unterscheiden, wenn Sie einen Weg beschreiben müssen, oder auch in der Unterscheidung Ihrer rechten und linken Hand?   | JA/NEIN                  |
| 49. Wenn Sie einen langen, komplizierten Text schreiben, passiert es Ihnen dann, dass Sie nach einer Weile anfangen, Flüchtigkeitsfehler zu machen, z.B. Buchstaben oder Wörter in der falschen Reihenfolge zu schreiben oder selbst bei einfachen Wörtern Rechtschreibfehler zu machen? | oft/<br>manchmal/<br>nie |
| 50. Kommt es vor, dass Sie, wenn Sie sehr, sehr müde sind, zwar genau wissen, was Sie sagen wollen, dass Ihre Worte dennoch durcheinander geraten?   | oft/<br>manchmal/<br>nie |
| 51. Kommt es vor, dass Ihre Koordination schlechter wird, wenn Sie sehr müde sind, und Sie sich stoßen oder ungeschickt sind?  | oft/<br>manchmal/<br>nie |

Bitte fügen Sie weitere Informationen an, die Ihrer Meinung nach wichtig sind: