

## **Pädagogische Praxis**

Bernhard Prechter

Dipl. Pädagoge und NDT/INPP®



## **Fragebogen zur neuromotorischen Unreife**

### **bei Erwachsenen des INPP Chester**

Übersetzung: Thake Hansen-Lauff

Name ..... Geburtsdatum .....

Adresse .....

Tel-Nr. .... Mobil .....

Email .....

Datum: .....

Einsenden an:

Pädagogische Praxis

Bernhard Prechter

Pilgerweg 14

CH-8800 Thalwil

Tel. 044 380 18 36

info@paedagogische-praxis.ch

Bitte beantworten Sie die Fragen, die Sie, oder Ihre Eltern sich noch erinnern können.

## Neuromotorische Entwicklung

### Kindheit

1. Besteht eine familiäre Vorgeschichte ähnlicher Schwierigkeiten bei Ihren 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. JA/NEIN  
Bitte beschreiben Sie: .....
4. Rauchte sie während der Schwangerschaft? JA/NEIN
5. Trank sie Alkohol während der Schwangerschaft? JA/NEIN
6. Hatte sie in den ersten 13 Wochen einen starken Virusinfekt? JA/NEIN
7. Stand sie zwischen der 25.-27. Schwangerschaftswoche unter starkem emotionalen Stress? JA/NEIN
8. Falls bekannt: Wie viele Ultraschalls wurden durchgeführt? .....
9. Wurden Sie zum errechneten Geburtstermin geboren oder früher oder später? Bitte beschreiben Sie: .....
10. War der Geburtsprozess ungewöhnlich oder schwierig? JA/NEIN
  - Einleitung (warum?) JA/NEIN
  - Verlängerte Wehentätigkeit JA/NEIN
  - Sehr kurze Geburt Sturzgeburt JA/NEIN
  - Zange JA/NEIN
  - Saugglocke JA/NEIN
  - Kaiserschnitt (Wunsch- oder Not-Kaiserschnitt) JA/NEINFalls ja, bitte beschreiben Sie : .....
11. Hatten Sie ein geringes Geburtsgewicht? JA/NEIN  
Falls bekannt, bitte angeben: .....
12. Gab es Besonderheiten an Ihnen nach der Geburt? JA/NEIN  
z.B. verformter Schädel, blaue Flecken, deutlicher blau, Neugeborenenengelbsucht, viel Käseschmiere oder erforderliche Intensivpflege  
Falls ja, bitte beschreiben Sie: .....
13. Hatten Sie in den ersten 13 Wochen Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust, beim Trinken aus der Flasche? Haben Sie viel gespuckt? JA/NEIN
14. Wurden Sie gestillt? Wenn ja, wie lange? JA/NEIN
15. Waren Sie in den ersten 6 Lebensmonaten ein sehr ruhiges Kind? JA/NEIN
16. Waren Sie zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat ein sehr aktives und forderndes Kind? Schliefen Sie nur wenig und schrien Sie viel? JA/NEIN
17. 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
18. Waren Sie ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stießen Sie absichtlich mit dem Kopf gegen feste Gegenstände? JA/NEIN
19. 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? JA/NEIN

- Falls ja, bitte beschreiben: .....
20. Haben Sie spät laufen gelernt (später als 16 Monate) JA/NEIN
21. Haben Sie spät sprechen gelernt?  
(2-Wort-Sätze mit 2 Jahren; 2- 3-Wortsätze mit 3 Jahren) JA/NEIN
22. Hatten Sie während der ersten 18 Lebensmonate Krankheiten,  
die mit hohem Fieber und/oder Krämpfen verbunden waren? JA/NEIN  
Falls ja, bitte beschreiben Sie: .....
23. Hatten/haben Sie Hautprobleme oder Asthma? Hatten/haben Sie Allergien? JA/NEIN
24. Zeigten Sie auffällige Impfreaktionen? JA/NEIN
25. Hatten Sie auffällige Schwierigkeiten, sich selber anziehen zu lernen? JA/NEIN
26. Lutschten Sie bis etwa zum 5. Lebensjahr oder länger am Daumen? JA/NEIN  
Falls ja, an welchem: rechts/links
27. Machten Sie über das 5. Lebensjahr hinaus gelegentlich noch ins Bett? JA/NEIN
28. Litten/leiden Sie unter Reiseübelkeit? JA/NEIN  
Falls ja, wann hörte das auf? .....  
Bitte beschreiben Sie, welche Transportmittel Reiseübelkeit auslösten:  
.....

## Schule

29. Hatten Sie in den ersten beiden Grundschuljahren Schwierigkeiten,  
lesen zu lernen? JA/NEIN
30. Hatten Sie in den ersten beiden Grundschuljahren Schwierigkeiten  
beim Schreibenlernen? JA/NEIN
31. Traf dies besonders auf das Erlernen der Schreibschrift zu? JA/NEIN
32. Hatten Sie Schwierigkeiten, die (analoge) Uhrzeit ablesen zu lernen? JA/NEIN
33. Hatten Sie Schwierigkeiten, Fahrradfahren (ohne Stützräder) zu lernen? JA/NEIN
34. Waren Sie in den ersten 8 Lebensjahren ein Kind, das häufig unter Erkältungen,  
Bronchitis und Mittelohrentzündungen gelitten hat? JA/NEIN
35. Hatten Sie als Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu  
fangen oder andere Auge- /Hand-Koordinationsprobleme? JA/NEIN
36. 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
37. Hatten Sie als Kind Schwierigkeiten still zu sitzen und  
wurden deswegen ständig vom Lehrer ermahnt? JA/NEIN
38. Machten Sie zahlreiche Fehler, wenn Sie aus einem Buch  
oder von der Tafel abschrieben? JA/NEIN
39. Wenn Sie in der Schule einen Aufsatz schrieben, verdrehten Sie dabei gelegentlich  
Buchstaben oder ließen einzelne Buchstaben oder Wörter aus? JA/NEIN

## Heute – Erwachsenenalter

40. Überreagieren Sie bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen? JA/NEIN
41. Leiden Sie unter Agoraphobie, Panikattacken oder extremen  
Ängsten? JA/NEIN  
Wie alt waren Sie, als diese Probleme begannen? .....
42. Welche Symptome hatten Sie? .....
43. Gibt es Zeiten oder Orte, an denen Ihre Symptome stärker waren? JA/NEIN  
Falls ja, wo oder wann? .....
44. Gibt es Zeiten, in denen Sie das Gefühl haben, vornüber zu fallen? JA/NEIN

45. Sehen Sie Dinge sich bewegen, die sich eigentlich nicht bewegen können, wie z.B. Gebäude, Straßen, Stufen? JA/NEIN oft/manchmal/nie
46. Haben Sie gelegentlich das Gefühl, dass Ihre Augen nicht richtig funktionieren, z.B. nicht richtig fokussieren oder Ihnen „Streiche“ spielen? JA/NEIN oft/manchmal/nie
47. Leiden Sie unter Übelkeitsgefühlen? JA/NEIN oft/manchmal/nie
48. Leiden Sie unter Schwindelgefühlen? JA/NEIN oft/manchmal/nie
49. Treten diese Schwindelgefühle auch auf, wenn Sie im Bett liegen? JA/NEIN oft/manchmal/nie
50. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gleichgewicht nicht gut ist? JA/NEIN
51. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Koordination manchmal schlecht ist? JA/NEIN
52. Leiden Sie unter Migräne oder haben Sie früher darunter gelitten? JA/NEIN oft/manchmal/nie
53. Sind Sie sehr lichtempfindlich? (Waren Sie schon einmal in einer Diskothek, in der das flackernde Licht Sie beeinträchtigt hat?) JA/NEIN
54. Würden Sie sagen, dass Sie geräuschempfindlicher sind als andere Menschen, die Sie kennen? JA/NEIN
55. 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
56. 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? JA/NEIN oft/manchmal/nie
57. Kommt es vor, dass Sie, wenn Sie sehr, sehr müde sind, zwar genau wissen, was Sie sagen wollen, dass Ihre Worte dennoch durcheinander geraten? JA/NEIN oft/manchmal/nie
58. Kommt es vor, dass Ihre Koordination schlechter wird, wenn Sie sehr müde sind, und Sie sich stoßen oder ungeschickt sind? JA/NEIN oft/manchmal/nie

### Weiterführende Fragen

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

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:

Wurden Sie schon einmal wegen psychiatrischer Störungen behandelt?

Falls ja, bitte beschreiben Sie: