



Marie-Louise Lützenkirchen
Wilhelmstr. 7
42697 Solingen
0212 233 55 11
www.fiddplus.de

The International School for
Neuro-Developmental Training
and Research Dt & GB
Dt.: Dipl. Päd. T. Hansen-Lauff
Intern.: S. Goddard Blythe Bsc.

Datum

Anamnesebogen Erwachsene

Name

Geb.-datum

Adresse

Tel. Nr

Mail

Wünsche / Gründe der Überprüfung

Zusammenfassung (wird von der Institutsleiterin ausgefüllt)

1.

1a Wurde jemals eine Diagnose gegeben, z.B: Legasthenie, Dyspraxie, ADHS, ADS Agoraphobie, Panikstörung oder andere? Ja Nein

Falls ja, geben Sie sie bitte an:

1b Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja Nein

Bitte nennen Sie alle:

1c Bitte führen Sie alle Krankheiten auf:

1d Bitte nennen Sie Ihre Symptome:

1e Wurden Sie schon einmal wegen psychiatrischer Störungen behandelt? Ja Nein

Falls ja, spezifizieren Sie bitte:

2.

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? Ja Nein
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. Schwangerschafts-woche unter starkem emotionalen Stress? Ja Nein

e. Falls bekannt: Wie viele Ultraschalls wurden durchgeführt?

4. Wurden Sie zum errechneten Geburtstermin geboren oder früher oder später? Ja Nein
Bitte spezifizieren:

Einleitung (warum?) Ja Nein

Verlängerte Wehentätigkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sehr kurze Geburt Sturzgeburt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zange	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Saugglocke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kaiserschnitt (Wunsch- oder Notsectio) Falls ja, bitte spezifizieren:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

5 Hatten Sie ein geringes Geburtsgewicht? Ja Nein
Falls bekannt, bitte angeben

6 Gab es irgendwelchen 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 spezifizieren:

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? Schiefen 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
hochziehen, 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:

- 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:

- 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

Schule

- 21** Litten/leiden Sie unter Reiseübelkeit? Ja Nein
Falls ja, wann hörte das auf?
Bitte spezifizieren, welche Transportmittel Reiseübelkeit auslösten:

- 22** Hatten Sie in den ersten beiden Grundschuljahren Schwierigkeiten, lesen zu lernen? Ja Nein
- 23** Hatten Sie in den ersten beiden Grundschuljahren Schwierigkeiten beim Schreiben lernen? Ja Nein
- 24** Traf dies besonders auf das Erlernen der Schreibrschrift zu? Ja Nein
- 25** Hatten Sie Schwierigkeiten, die (analoge) Uhrzeit ablesen zu lernen? Ja Nein
- 26** Hatten Sie Schwierigkeiten, Fahrradfahren (ohne Stützräder) zu lernen? Ja Nein
- 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** Litten/leiden Sie unter Reiseübelkeit? Ja Nein
Falls ja, wann hörte das auf?
Bitte spezifizieren, welche Transportmittel Reiseübelkeit auslösten:
-
-
- 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
manchmal
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
manchmal
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
manchmal
nie

51 Kommt es vor, dass Ihre Koordination schlechter wird, wenn Sie sehr müde sind, und Sie sich stoßen oder ungeschickt sind? oft
manchmal
nie

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