



Praxis für Neuromotorische Entwicklungsförderung



nach der INPP-Licentiate Methode

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 Kinder

Name des Kindes

Geb.-datum

Adresse

Tel. Nr

Mail

Wünsche für das Kind/ Gründe der Überprüfung

Zusammenfassung (wird von der Institutsleiterin ausgefüllt)

Kindheit

1.

1a Als Sie schwanger waren, hatten Sie irgendwelche medizinischen Probleme? Ja Nein
Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

1b Hatten Sie eine starke Virusinfektion in den ersten Wochen der Schwangerschaft? Ja Nein

1c Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft (besonders im 6. Monat) unter starkem emotionalen Stress? 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)? Falls ja, welche und wann? Ja Nein

2. Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Termin (+/- 2 Wochen; wenn Geburt eingeleitet +/- 10 Tage) geboren? Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: Ja Nein

3. War der Geburtsprozess ungewöhnlich oder besonders schwierig? Ja Nein
Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

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 (s. gelbes Untersuchungsheft, erste Seite)/...../..... und der pH-Wert:

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

6. Hatte Ihr Kind in den ersten 13 Lebenswochen Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust, beim Trinken aus der Flasche? Hat es viel gespuckt? 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 "Kopfstoßer", 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 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:

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

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 allergischen 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 oder schreckhaft?):

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, bis sie altersgemäß nicht mehr 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 Schreibrift? Ja Nein

21. Hatte es Schwierigkeiten, die Uhrzeit ablesen zu lernen (nicht Digitaluhr) bzw. sich insgesamt in der Zeit (Wochentag, Monate etc.) zurecht zu finden?

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 Wasser schwimmen? Ja Nein



Praxis für Neuromotorische Entwicklungsförderung nach der INPP Methode

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

Name _____

Datum _____

Legende: P.b. = Probleme bei

Bitte Zutreffendes unterstreichen bzw. ankreuzen.

1. Verhalten

- Ängstlichkeit/Schreckhaftigkeit
- lärm-/geräuschempfindlich
- lichtempfindlich
- geruchsempfindlich
- auffälliges Schlafverhalten...
- Trennungsängste
- konkrete Ängste
- Schulangst allgemein
- Angst vor Klassenarbeiten/Prüfungssituationen
- meldet sich selten freiwillig
- Distanziert zu Wettkampf-/Konkurrenzsituation
- eher zurückhaltend gegen Veränderungen
- Spielverhalten: dominant; braucht Anstöße sprunghaft, launig, eher mit Jüngeren/ Älteren,; draufgängerisch, ängstlich
- wenige Freunde
- Kontaktscheue
- Aggressivität: oft; manchmal, in Familie, außerhalb Familie,
- Verhalten extrovertiert, introvertiert
- Minderwertigkeitsgefühle
- starke Stimmungsschwankungen
- verträgt nur schwer Kritik
- verliert ungerne
- geringe Frustrationstoleranz
- nimmt Lob nur zögernd/ gar nicht an
- Clownerie
- Unkonzentriertheit: oft; manchmal
- Bettnässen, (Daumenlutschen
- Bauchweh, Kopfschmerzen, Übelkeit etc.: häufig, vor allem unter Druck, selten
- unorganisiert/ kann schlecht Ordnung halten
- Körperkontakt: selten, oft
- sehr sensibel, mitfühlend
- Überreaktionen, auch bei Nichtigkeiten
- Grenzen: nicht wahrnehmen eigener Grenzen, fremder Grenzen (

2. Konzentration/Ausdauer

- unkonzentriert: häufig, selten, stark interessenabhängig längere Ausdauer bei
- häufiger Wechsel der Konzentration
- sehr zappelig und unkonzentriert
- oft geistesabwesend
- Nervosität
- P.b. Wegfiltern von Nebengeräuschen

3. Merkfähigkeit

- Erschwertes Auswendiglernen von Gedichten, Liedern, Vokabeln
- Nicht-Behalten von Schreibweisen, Regeln etc.
- P.b. bei mehreren Aufträgen/Aufgaben
- P.b. Einmaleins
- P.b. der Uhrzeit (Zeiger)
- P.b. Kurzzeit-/Arbeitsgedächtnis

4. Motorik/Tonus/Bewegung

- tollpatschig
- häufiges Stolpern oder Stoßen
- steif und ungelentig
- schlaffe Körperhaltung
- P.b. Anziehen, Zuknöpfen, etc.
- Probleme beim Schleife binden
- Hinsetzen beim Anziehen/Schleife binden
- P.b. langsamen Fahrradfahren
- beim Lenken geht der ganze Oberkörper mit
- P.b. Bälle fangen
- häufiges Kleckern
- auffällige Sitzhaltung/ sehr unruhig (, liegt mit Oberkörper schräg auf dem Tisch (); Kopf aufgestützt(, Füße unter dem Po(, Füße um die Stuhlbeine(, häufiges Kippeln (

Bitte wenden →

4. Motorik/Tonus/Bewegung

- verkrampfte Schreibhaltung
- ungleichmäßige Schrift
- Schrift nicht in Linien
- schlecht lesbare Schrift
- a und o werden oben oft nicht geschlossen
- abfallende Schrift bei linienlosen Blättern
- Bevorzugung von Druck-, Schreibschrift
- geringe Schreibgeschwindigkeit
- falsche Stifthaltung
- starker Stiftdruck
- P.b. beim Ausmalen
- nicht altersgerechte Mensch-/Tierzeichnungen
- P.b. beim Ausschneiden
- P.b. Schwimmen (kein Froschmuster)
- b. Schwimmen eher Kopf über, unter Wasser
- P.b. Tanzen; rhythmischen Bewegungen
- P.b. schnellen Bewegungsfolgen
- P.b. folgenden Bewegungen
- auffällige Schlafposition
- motorische Unruhe

5. Gleichgewicht/Eigene Körperwahrnehmung

- P.b. beim Einbeinstand (z.B. beim Anziehen)
- häufiges Herumzappeln/unruhiges Stehen
- P.b. längeren () kurvigen () Fahrten mit Auto
Schläft schnell ein () ; kann nicht lesen ()
- P.b. Karussellfahrten o.ä.
- fährt gerne Karussell o.ä. (kann nicht schnell und hoch genug sein)
- Höhenangst
- schlechte Raumorientierung
- schlechte Zeitorientierung
- P.b. der Zeigeruhr
- kann schlecht Ordnung halten
- P.b. Körpergefühl

6. Sprechen/Artikulation

- unklare Aussprache
- stockendes Sprechen
- geringer Wortschatz
- Suchen nach Begriffen
- Hemmungen sich freiwillig zu äußern
- lispeln, manchmal () , häufig ()
- spontanes Mitsprechen/Mitbewegen des Mundes beim Schreiben/Handbewegen
- Zungenmitbewegung beim Schreiben/Handarbeiten/ Feinmotorik
- monotones Sprechen;
- monotones Vorlesen

7. Lernen

7.1 beim Lesen speziell

- Leseprobleme seit Ende der 1. Klasse / 2. Klasse/ 3. Klasse
- verlangsamtes Lesen,
- eingeschränkte Lautverschmelzung
- fehlerhaftes Lesen
- eingeschränktes Leseverständnis
- P.b. bei Text-/Sachaufgaben
- Leseunlust
- Hemmungen vor anderen zu lesen
- Überspringen von Wörtern, von Zeilen
- spiegelverkehrtes lesen, oft; manchmal
- auffälliges Halten/Hinlegen des Lesetextes

7.2. beim Rechtschreiben speziell

- fehlerhaftes Abschreiben
- Verwechslung formähnlicher Buchstaben (z.B. b,d, n,m etc.)
- Verwechslung klangähnlicher Buchstaben (z.B. b,p d,t g,k pf,f etc.)
- P.b. der Abfolge der Buchstaben (Dreher)
- Auslassen von Buchstaben
- Auslassen von Silben und ganzen Wörtern
- Schreibunlust
- P.b. Einhalten von Wortgrenzen

7.3. beim Rechnen speziell

- P.b. Mengenverständnis (mehr-weniger)
- Verwechseln der Rechenzeichen
- P.b. Behalten der Mal-Reihen
- rechnet mit den Fingern
- P.b. Maßen, Gewichten, Zeitangaben
- P.b. Zahlenstrahl
- P.b. Untereinander rechnen

8. Psychosomatische Erscheinungen

- Bettnässen, Daumenlutschen
- Schlafstörungen
- Bauchweh, Kopfweh, Übelkeit bei Druck
- Auffälligkeiten beim Essverhalten

9. Sonstiges

-
-
-
-