



**“THE INTERNATIONAL SCHOOL FOR
NEURO-DEVELOPMENTAL TRAINING AND RESEARCH”
(ISND) in Deutschland**

Leitung Deutschland:
Johanna Lauff M.A.
Freeswinkel 4
29328 Müden/Örtze
info@inpp.de
www.inpp.de

Leitung International:
Sally Goddard Blythe Msc.

FRAGEBOGEN / ERWACHSENE

© INPP 1975, 1979

Name _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Tel-Nr. _____ Mobil _____

Email _____

Datum der Erhebung: _____

Bitte nennen Sie Ihre Symptome:

Medizinisch / psychologische Anamnese

Wurde Ihnen jemals eine **psychische oder neurologische Diagnose** gestellt, wie z.B.: Ängste, Depressionen, Agoraphobie, Klaustrophobie, Akrophobie, Panikstörung, Zwangsstörung, Ticks oder andere?

Falls ja, welche:

Wurde bei Ihnen jemals eine **Diagnose im Bereich Lernschwierigkeiten** oder Entwicklungsstörungen gestellt (z. B. Legasthenie, Dyskalkulie, Aufmerksamkeitsstörungen (AD(H)S, ASS), PDA, Sprachentwicklungsstörungen, motorische Entwicklungsstörungen oder vergleichbare Störungen)?

Falls ja, welche:

Wurde Ihnen jemals eine der folgenden **psychiatrischen Diagnosen** gestellt: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Bipolare Störung, Wahn oder Psychosen?

Falls ja, spezifizieren Sie dies bitte:

Bitte führen Sie alle **aktuellen Diagnosen und Dauerdiagnosen** auf, wie z.B. Hypertonie, Bandscheibenvorfall, Schilddrüsenfunktionsstörung, Diabetes mellitus oder andere.

Bitte geben Sie **alle regelmäßig oder bei Bedarf eingenommenen Medikamente** an.

Bitte geben Sie alle **bisherigen medizinischen Behandlungen und Therapien** an, einschließlich ambulanter und stationärer Maßnahmen (z. B. Physiotherapie, Osteopathie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Krankenhausaufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen).

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? 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 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? 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. Welche Symptome hatten Sie? _____ | |
| <hr/> | |
| 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:

Deutsche Bearbeitung: Thake Hansen-Lauff, Johanna Lauff, Dirk Häger

© The International School for Neuro-Developmental Training and Research, Deutschland und England.