

Neurophysiologische Entwicklungsförderin (NDT/INPP)®

Assoziiertes Mitglied der International School for
Neuro-Developmental Training and Research (ISND)

Sabina Friesenhahn
Sarnowstraße 34
18435 Stralsund
Fon: 03831 298610
Fax: 03831 29 86 11

Anamnesebogen / Kinder

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Alter _____

Gründe für die Anamnese

Kindheit

- 1a) Als Sie mit Ihrem Kind schwanger waren, hatten Sie irgendwelche medizinischen Probleme?

Ja Nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben

- 1b) Hatten Sie eine starke Virusinfektion in den ersten Wochen Ihrer 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 durchgeführt worden? Ultraschall, Röntgen, Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie...

Ja Nein

Falls ja, welche

- 1e) Erfolgte vor oder während der Schwangerschaft eine Hormonbehandlung (z.B. Fruchtbarkeitsbehandlung, Progesterongabe wegen drohender Fehlgeburt)?

Ja Nein

Falls ja, welche und wann

2) Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Termin (+/- 2 Wochen; wenn Geburt eingeleitet +/-10 Tage) geboren?

Ja Nein

Falls ja, nennen Sie bitte Einzelheiten

3) War der Geburtsprozess ungewöhnlich oder besonders schwierig?

Ja Nein

Falls ja, nennen Sie bitte Einzelheiten:

4) War Ihr Kind klein bezogen auf den Geburtszeitpunkt?

Ja Nein

Geburtsgewicht _____g
Kopfumfang _____cm

5a) Gab es irgendwelche Besonderheiten an Ihrem Baby nach der Geburt, z.B. dass der Schädel verformt was, 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?

Ja Nein

Falls ja, nennen Sie bitte Einzelheiten

5b) Wie waren die APGAR - Werte Ihres Kindes? (s. Mutterpass) ___/___/___
Zusätzliche Angaben zu Schwangerschaft und Geburt (z.B. Einnahme der "Pille" davor, Rauchen und Alkoholenuss ?):

- 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 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
- 12a) Hat Ihr Kind, nicht zum richtigen Zeitpunkt (ca. ab 6. Monat) oder nur mit physiotherapeutischer Hilfe vom Rücken auf dem Bauch gedreht? Ja Nein
- 12b) Hat Ihr Kind, anstatt zunächst auf dem Bauch zu kriechen und dann auf 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, nennen Sie bitte Einzelheiten

- 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- bis Dreiwortsätze) (> 2;5 Jahre) Ja Nein

14a) Hatte es während der ersten 18 Lebensmonate irgendwelche Krankheiten, die mit hohem Fieber und/oder Krämpfen verbunden waren?

Ja Nein

Falls ja, nennen Sie bitte Einzelheiten

14b) Hatte es auffällige Schwierigkeiten, sich selber anziehen zu lernen?

Ja Nein

15a) Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma?

Ja Nein

15b) Zeigt es irgendwelche allergischen Reaktionen?

Ja Nein

Falls ja, nennen Sie bitte Einzelheiten

15c) Gab es irgendwelche auffälligen Reaktionen nach der Mehrfachimpfung?

Ja Nein

16) Lutschte Ihr Kind bis etwa zum 5. Lebensjahr oder auch länger am Daumen?

Ja Nein

Wenn ja, an welchem ? (rechts, links)

17a) Machte Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren gelegentlich ins Bett?

Ja Nein

17b) Zusätzliche Angaben zum Vorschulalter, ist ihr Kind z.B. besonders ängstlich und schreckhaft?

Ja Nein

Schulzeit: 6. – 8. Lebensjahr

- 18) Leidet Ihr Kind unter Reisekrankheit? 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 Schreibschrift? Ja Nein
- 21) Hatte es Schwierigkeiten, die Uhrzeit ablesen zu lernen (nicht Digitaluhr) bzw. sich insgesamt in der Zeit (Wochentage, Monate etc.) zu Recht zu finden? Ja Nein
- 22a) Hatte es Schwierigkeiten, Fahrradfahren (ohne Stürzräder) zu lernen? Ja Nein
- 22b) Hatte es Schwierigkeiten, schwimmen zu lernen? Ja Nein
- 22c) Konnte oder kann es besser unter als über Wasser schwimmen? Ja Nein
- 23) Hatte Ihr Kind im Verlauf der ersten 8 Lebensjahre (ausgenommen die ersten 18 Lebensmonate) Krankheiten mit sehr hohem Fieber, Bewusstlosigkeit und Krämpfen? Ja Nein

Falls ja, nennen Sie bitte Einzelheiten

- 24) War / ist Ihr Kind ein "Hals-, Nasen- und Ohren- Kind" , d.h. litt / leidet es an häufigen Infektionen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich? Ja Nein
- 25) Hatte bzw. hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen oder andere Auge- / Hand- Koordinationsprobleme? Ja Nein

8. – 10. Lebensjahr:

- 26) Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, still zu sitzen, und wird es deswegen ständig vom Lehrer ermahnt? Bevorzugt es auffällige Sitzpositionen? Ja Nein
- 27) Macht ihr Kind zahlreiche Fehler, wenn es aus einem Buch oder von der Tafel abschreibt? Ja Nein
- 28) Wenn Ihr Kind in der Schule einen Aufsatz schreibt, verdreht es dabei gelegentlich Buchstaben oder lässt einzelne Buchstaben und Wörter aus (evtl. auch Zahlendreher?) Ja Nein
- 29) Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark? Ja Nein

Zusätzliche Angaben (z.B. Ernährungsverhalten, vorangegangene oder andauernde Behandlungen bzw. Therapien, besondere Familiensituation...):
