



Logopädische Praxisgemeinschaft
Christine Kellner und Nicole Fabich
Bizetstraße 97
13088 Berlin

FRAGEBOGEN

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon-Nr.:

Datum:

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 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 (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)? 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, bitte Einzelheiten angeben:

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? JA NEIN
 Kam es dadurch zu einer längeren Trennung?
 Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

5b. Wie waren die APGAR – Werte Ihres Kindes? (s. Mutterpass) ___/___/___ und der pH-Wert: ___
 Zusätzliche Angaben zur Schwangerschaft und Geburt (z.B. Einnahme der Pille?)



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 mit bewegten? 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 (ca. ab 6. Monat) 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)?
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?
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 allergische 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 und schreckhaft?):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

> Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, bis sie altersgemäß nicht mehr zutreffen-

Schulzeit: 6. bis 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 Schreiben lernen? JA NEIN

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

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 als über Wasser schwimmen? JA NEIN

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

23. Hatte Ihr Kind im Verlauf der ersten 8 Lebensjahre (ausgenommen der ersten 18 Lebensmonate) Krankheiten mit sehr hohem Fieber, Bewusstlosigkeit oder Krämpfen? JA NEIN
 Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

24. War/ist Ihr Kind ein „Hals-Nasen-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. bis 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 oder Wörter aus (auch evtl. 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 Behandlung bzw. Therapien, besondere Familiensituationen):

.....

