

Pädagogische Praxis
Bernhard Prechter
Dipl. Pädagoge und NDT/INPP®



**Fragebogen zur Kindesentwicklung
des INPP Chester**

Übersetzung: Thake Hansen-Lauff

Name:

Datum:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

.....

.....

.....

Tel.:

Bernhard Prechter
Bergheimstrasse 15
CH-8032 Zürich

Bernhard Prechter
c/o Sabine Nagel
Mildred-Scheel-Weg 24
D-25337 Elmshorn

Tel. **044 380 18 36**
info@paedagogische-praxis.ch

Tel.: **04121 230 15 19**
praxis@bernhard-prechter.de

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 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 (+ / - 2Wochen; 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? Kam es dadurch zu einer längeren Trennung?

ja nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

.....

.....

5b. Wie waren die APGAR – Werte Ihres Kindes? (siehe 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 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 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)? 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 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?): ja nein

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 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 Schreibschrift? ja nein

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

