



FRAGEBOGEN / ERWACHSENE

Name

Geburtsdatum

Adresse

.....

Tel. Nr.

Datum:

Teil 1

1. Hatten Sie zu Beginn Ihrer Schulzeit Schwierigkeiten, lesen zu lernen? ja nein

2. Hatten Sie Schwierigkeiten, schreiben zu lernen oder mit dem Wechsel von der Druckschrift zur Schreibschrift? ja nein

3. Hatten Sie Schwierigkeiten, die Uhrzeit ablesen zu lernen? ja nein

4. Hatten Sie Schwierigkeiten, ohne Stützräder Fahrrad fahren zu lernen ? ja nein

5. Litten Sie als Kind unter Reiseübelkeit? ja nein

6. Hatten Sie als Grundschulkind Schwierigkeiten, einen kleinen Ball zu fangen? ja nein

7. Hatten Sie in den ersten 8 Lebensjahren Erkrankungen mit sehr hohem Fieber, Krämpfen oder Bewusstlosigkeit? ja nein
Wenn ja, welche und wann?
Krankheit Alter
.....
.....

8. Waren Sie in den ersten 8 Lebensjahren ein Kind, das ständig unter Erkältungen, Bronchitis und Mittelohrentzündungen gelitten hat? ja nein

9. 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

10. Begannen Sie bei Einsetzen der Pubertät, unter regelmäßigen Kopfschmerzen zu leiden? ja nein

Teil 2

11. Wie alt waren Sie, als Ihre Probleme begannen?

12. Welche Symptome hatten Sie?

.....

13. Gibt es Zeiten oder Orte, an denen sich Ihre Symptome verschlimmern? ja nein

Falls ja, beschreiben Sie bitte wann und / oder wo:

.....

14. Haben Sie Probleme, allein aus dem Haus zu gehen? häufig
gelegentlich
nie

15. Gibt es Zeiten, in denen Sie das Gefühl haben, vornüber zu fallen? häufig
gelegentlich
nie

16. Sehen Sie Dinge sich bewegen, die sich eigentlich nicht bewegen können,
wie z.B. Gebäude, Straßen, Stufen? häufig
gelegentlich
nie

17. Haben Sie gelegentlich das Gefühl, dass Ihre Augen nicht richtig
funktionieren, z.B.: sich nicht scharf einstellen oder Ihnen „Streiche“
spielen? häufig
gelegentlich
nie

18. Leiden Sie unter Übelkeitsgefühlen? häufig
gelegentlich
nie

19. Leiden Sie unter Schwindelgefühlen? häufig
gelegentlich
nie

Wenn dies zutrifft: Treten diese Schwindelgefühle auch auf, wenn Sie
im Bett liegen? häufig
gelegentlich
nie

20. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gleichgewicht nicht gut ist? ja nein

21. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Koordination schlecht ist? häufig
gelegentlich
nie

Teil 3

22. Leiden Sie unter Migräne oder haben Sie früher darunter gelitten? häufig
gelegentlich
nie

23. Sind Sie sehr lichtempfindlich? ja nein

Falls ja: Waren Sie schon einmal in einer Diskothek, in der das flackernde Licht Sie beeinträchtigt hat?

.....

24. Würden Sie sagen, dass Sie geräuschempfindlicher sind als andere Menschen, die Sie kennen? ja nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

.....

25. 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

26. Wenn Sie einen langen, komplizierten Brief 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?

häufig
gelegentlich
nie

27. Kommt es vor, dass Sie, wenn Sie sehr müde sind, zwar genau wissen, was Sie sagen wollen, dass Ihre Worte dennoch durcheinander geraten?

häufig
gelegentlich
nie

28. Kommt es vor, dass Sie, wenn Sie sehr müde sind, Ihre Koordination schlechter wird und Sie sich stoßen oder ungeschickt sind?

häufig
gelegentlich
nie

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

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