

Anamnesebogen

Herzlich willkommen !

Wir möchten Sie bitten, die Probleme Ihres Kindes möglichst detailliert zu schildern. Damit können wir die Situation Ihres Kindes besser beurteilen, schneller und zielgerichteter helfen!

Ihr Kind

Nachname: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Warum wollen Sie ihr Kind bei uns vorstellen? Wo liegt das Problem?

Kontaktadresse / Wer ist unser Ansprechpartner/in?

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Dies sind Angaben der/des: beider Eltern Vaters Mutter

Pflegeeltern Kinder-/Jugendhilfereinrichtung

Wer trägt das Sorgerecht?

Sorgerecht hat:

Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Amtsvormund

Kontaktdaten des (weiteren) Sorgeberechtigten, falls von der oben genannten Adresse abweichend:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Stärken Ihres Kindes

Was ist die liebste Freizeitbeschäftigung Ihres Kindes? Hobbies? _____

In welchem Sportverein ist Ihr Kind? (Sportart) _____

Wie viele Stunden am Tag ist Ihr Kind mit digitalen Geräten beschäftigt (Fernsehen, Spielekonsolen, Tablet, Smartphone)? _____

Kann Ihr Kind schwimmen? Ja Nein Kann Ihr Kind Fahrrad fahren? Ja Nein

Hat Ihr Kind feste Freunde? Ja, viele Ja, einige wenige Nein, leider keine

Bitte bringen Sie vorliegende Arztberichte oder Therapieberichte, sowie Hilfeplanprotokolle mit!

Vorgeschichte / Bisherige Entwicklung

Gab es Komplikationen, Erkrankungen oder psychische Belastungen während der Schwangerschaft?

Nein Ja, _____

Wurden Medikamente eingenommen? Nein Ja, _____

Wurden Nikotin, Alkohol oder andere Substanzen konsumiert? Nein Ja, _____

Geburtsgewicht: _____ Schwangerschaftswoche: _____ APGAR: ____/____/____

Unkomplizierte, spontane Geburt?

Ja Kaiserschnitt Saugglocke

Geburtskomplikationen: _____

Bis zum ersten Geburtstag unauffällig? Ja Nein,

„Schreibaby“? Motorik auffällig Kontaktaufnahme auffällig

Lautieren auffällig (kein La-La, Ba-Ba) Ess- oder Ernährungsstörung

Anderes: _____

Bis zum zweiten Geburtstag unauffällig? Ja Nein,

Ess- oder Ernährungsstörung Sprache erscheint verzögert, keine Zweiwortsätze mit 20 Mon.

Anderes: _____

Mein Kind konnte laufen mit: _____ Monaten.

Kleinkind- und Kindergartenzeit unauffällig? Ja Nein,

Sprache auffällig Motorik auffällig: _____

Sozialverhalten: _____

Alter bei Eintritt in Krippe/ Tagespflege / Kindergarten: _____

Regelkindergarten Integrationskind im Kindergarten

Sprachheilkindergarten Heilpädagogischer Kindergarten

Bisherige Schullaufbahn

Alter bei der Einschulung: _____ von der Einschulung zurückgestellt Nein Ja, _____

In welche Schule geht Ihr Kind: _____ Klasse: _____

Welche Schulen wurden bisher besucht: _____

Lieblingsfächer: _____, Problemfächer: _____

Hat Ihr Kind Probleme mit: Sozialverhalten Lesen Rechtschreibung Rechnen

Wurden Klassen wiederholt: Nein Ja, die: _____

Besteht ein sonderpädagogischer Förderbedarf: Nein Ja, folgender:

Lernen geistige Entwicklung sozial-emotionale Entwicklung

Sprache Hören Sehen

Bitte bringen Sie vorliegende Arztberichte oder Therapieberichte, sowie Hilfeplanprotokolle mit!

Lerntherapie: Nein Ja, bei: _____

Wie ist das Lebensumfeld Ihres Kindes?

Die Eltern sind:

o gemeinsam lebend seit: _____ o getrennt lebend seit: _____

Name der Mutter: _____ Alter: _____

Beruf: _____ o ganztags o Teilzeit o derzeit nicht berufstätig

Name des Vaters: _____ Alter: _____

Beruf: _____ o ganztags o Teilzeit o derzeit nicht berufstätig

Geschwister (Name, Alter, Schulform):

Erkrankungen in der Familie?

Liegen bei Eltern, Großeltern o. Geschwistern besondere körperliche Erkrankungen vor?

o Nein o Ja: _____

Liegen bei Eltern, Großeltern o. Geschwistern seelische/psychische Erkrankungen oder Störungen vor?

o Nein o Ja: _____

Gibt es Familienangehörige mit einem problematischen Konsum von Alkohol oder anderen Drogen?

O Nein o Ja: _____

Gibt es Familienangehörige mit Lern-/Entwicklungsstörungen in der Kindheit?

O Nein o Ja: _____

Erkrankungen Ihres Kindes? Gibt es Vorbefunde?

Hat Ihr Kind (falls > 5 Jahre) ein Problem mit Einnässen oder Einkoten?

o Nein o Einnässen, _____ o Einkoten, _____

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung und/oder Allergien?

o Nein o Ja, welche: _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

o Nein o Ja, welche: _____

Vorherige Untersuchungen / Behandlungen:

Krankenhausbehandlung o Nein o Ja, wann? wo? weshalb? _____

Operationen? o Nein o Ja, wann? weshalb? _____

Pädaudiologen o Nein o Ja

Augenarzt o Nein o Ja

Bitte bringen Sie vorliegende Arztberichte oder Therapieberichte, sowie Hilfeplanprotokolle mit!

SPZ Nein Ja, aktuell Ja, wann? Wo? : _____

Kinderpsychiatrische Praxis Nein Ja, aktuell Ja, wann? Wo? : _____

Kinderpsychiatrische Klinik Nein Ja, aktuell Ja, wann? Wo? : _____

ambulante Psychotherapie Nein Ja, aktuell Ja, wann? Wo? : _____

Frühförderung Nein Ja

Ergotherapie Nein Ja

Logopädie Nein Ja

Physiotherapie Nein Ja

Gab es, oder gibt es Unterstützung durch, ...

Beratungsstellen Nein Ja _____

Jugendamt Nein Ja _____

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Nein Ja, ____%

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe anerkannt bekommen?

Nein Ja, Pflegestufe _____

Gibt es besondere, möglicherweise belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes
(Todesfälle, Trennung der Eltern, Anderes):

Was kann Ihr Kind besonders gut? Worüber freuen Sie sich? (**Pflichtfeld**)

Vielen Dank für Ihre Mühe!!! 😊

Bitte bringen Sie vorliegende Arztberichte oder Therapieberichte, sowie Hilfeplanprotokolle mit!