

Anamnesebogen

1. Persönliche Daten				
1.1 Angaben zum Kind				
Name:		Vorname:		
Geburtsdatum:		Geburtsort:		
Staatsangehörigkeit:		Konfession:		
Straße:		PLZ/Wohnort:		
Telefon-Nummer:		Handy-Nummer:		
Kinderärzt*in:				
Bei wem lebt Ihr Kind?	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Pflegeeltern
	☐ Sonstiges _____			
Wer hat das Sorgerecht?	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Vormund
	☐ Sonstiges _____			

Aufenthaltsstatus:	☐ Asyl	☐ Aufenthaltserlaubnis
Seit wann in Deutschland?		
Welche Sprachen werden zuhause gesprochen?		

1.2 Schwerbehindertenausweis	☐ nein	☐ ja	GdB:	MZ:
1.3 Pflegegrad	☐ nein	☐ ja	Pflegegrad:	

1.4a Angaben sorgeberechtigte Person 1					
Name:		Vorname:			
(evtl.) Geburtsname:		Staatsangehörigkeit:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:			
Adresse:		PLZ/Ort:			
Beruf:		Arbeitgeber:			
Beschäftigung:	☐ ganztags	☐ stundenweise	☐ halbtags	☐ arbeitslos	☐ Elternzeit
Familienstand:	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ geschieden	☐ getrennt lebend	
	☐ Lebenspartnerschaft		☐ neuer Partner*in		

1.4b Angaben sorgeberechtigte Person 2					
Name:		Vorname:			
(evtl.) Geburtsname:		Staatsangehörigkeit:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:			
Adresse:		PLZ/Ort:			
Beruf:		Arbeitgeber:			
Beschäftigung:	☐ ganztags	☐ stundenweise	☐ halbtags	☐ arbeitslos	☐ Elternzeit
Familienstand:	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ geschieden	☐ getrennt lebend	
	☐ Lebenspartnerschaft		☐ neuer Partner*in		

Anamnesebogen

1.5 Angaben zu (Halb)Geschwistern/weiteren im Haushalt lebenden Kindern						
Vorname	Name	Geburtsdatum	Kita	Schule	Ausbildung	Sonstiges

1.6 Wer gehört zu den wichtigsten Personen oder Kontakten Ihres Kindes?

2. Hilfen für die Familien Nutzen Sie/ Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten oder haben Sie diese genutzt? (z.B. Jugendamt, Familienhilfe, Familienhebamme, Beratungsstellen)

3. Therapien <u>Bekommt</u> oder <u>bekam</u> Ihr Kind eine der folgenden Therapien? (z.B. Logo, Ergo, Physio, Frühförderung) Wenn ja, geben Sie bitte an, <u>wann</u> und <u>bei wem</u> ? von... bis... bei: Name der Praxis/Mitarbeiter*in

4. Krankheiten und Medikation des Kindes	
Gab es besondere Erkrankungen/Operationen?	O nein O ja
Welche? Wann?	
Benötigt ihr Kind regelmäßig Medikamente?	O nein O ja
Welche? Wann?	

5. Vorstellung bei Fachärzt*innen		
Wurde Ihr Kind bei Fachärzt*innen vorgestellt?		
Praxis	Wann?	Ergebnis
HNO		O unauffällig O auffällig
Augenheilkunde		O unauffällig O auffällig
Orthopädie		O unauffällig O auffällig

6. Hilfsmittel Benutzt Ihr Kind Hilfsmittel wie Brille, Rollstuhl, Sprachcomputer,...?

Anamnesebogen

7. Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

☐ nein ☐ ja, welche? (z.B. Stress, Diabetes, Suchtmittel)

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

☐ ja ☐ nein, _____ SSW ☐ Frühgeburt

Gab es bei der Geburt Besonderheiten oder Komplikationen?

☐ nein ☐ ja (z.B. Kaiserschnitt, Mehrlingsgeburt, Beckenendlage)

Gewicht: _____ Größe: _____ Kopfumfang: _____ Apgar-Werte: _____

8. Zur Neugeborenenzeit

Gab es Besonderheiten/Probleme im 1. Lebensjahr?

☐ nein ☐ ja

9. Besonderheiten/ Vorerkrankungen in der Familie

☐ nein ☐ ja

10. Essen/ Allergien:

11. Entwicklung Ihres Kindes

Wie verlief die bisherige Entwicklung Ihres Kindes (so gut Sie sich erinnern)?

Folgende Entwicklungsschritte wurden von Ihrem Kind in welchem Alter erreicht?

Freies Sitzen _____ Monate

Krabbeln _____ Monate

Erste freie Schritte _____ Monate

Erste Worte _____ Monate

Erste kleine Sätze (2 Worte) _____ Monate

Womit beschäftigt Ihr Kind sich gerne? Was sind die Vorlieben?

Anamnesebogen

10. Beschreiben Sie Ihr Kind (d)	
Lebensbereiche	Ist-Stand
d1 Lernen und Wissensanwendung zuschauen; zuhören; tasten; schmecken, riechen; nachahmen; mit Gegenständen lernen; Wissen erwerben; eine (oder mehrere) Sprachen erwerben; üben; Konzepte aneignen; Fertigkeiten aneignen; Aufmerksamkeit fokussieren und/oder lenken; denken; Probleme lösen; Entscheidungen treffen	
d2 Allgemeine Anforderungen und Aufgaben Einzelaufgabe übernehmen; Mehrfachaufgaben übernehmen; tägliche Routinen durchführen; mit Stress umgehen; Verhalten steuern	
d3 Kommunikation kommunizieren als Empfänger verbaler; non-verbaler oder Mitteilungen in Gebärdensprache; kommunizieren als Sender (sprechen, präverbale Äußerungen, singen, non-verbale Mitteilungen produzieren, Gebärdensprache); Konversation; Kommunikationsgeräte	
d4 Mobilität Körperposition wechseln/ verbleiben; sich verlagern; Gegenstände tragen, bewegen, handhaben; feinmotorischer Handgebrauch; gehen; Krabbeln/robber	
d5 Selbstversorgung sich waschen; Körperteile pflegen; Toilette benutzen; sich kleiden; essen; trinken; auf Gesundheit achten; auf Sicherheit achten	
d6 häusliches Leben Mahlzeiten vorbereiten; Hausarbeiten erledigen; anderen helfen	
d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen Soziale Zeichen; körperlicher Kontakt; Beziehungen eingehen; Sozialen Abstand wahren; mit Fremden umgehen; Eltern-Kind-Beziehung; Geschwister; erweiterter Familienkreis	
d8 Bedeutende Lebensbereiche Vorschulerziehung; Solitärspiel; Beobachtungsspiel; Parallelspiel; gemeinsames Koordinationsspiel	
d9 Gemeinschaftsleben Gemeinschaftsleben; Erholung und Freizeit; Spiel; Sport; Hobbys; Geselligkeit; Religion	