

Anamnesebogen (Kind)

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Mutter: _____ Beruf:* _____

Vater: _____ Beruf:* _____

Geschwister (geboren am): _____

Kindergarten/Schule: _____

Kinderarzt: _____

Was führt Sie zu mir?

Wie ist Ihre Familiensituation?*

Wo sehen Sie die Stärken Ihres Kindes?

Welche Veränderung(en) möchten Sie gerne erreichen? Was wünschen Sie sich für Ihr Kind?

* freiwillige Angaben

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Gab es vor der Schwangerschaft Probleme (Fehlgeburten, chronische Erkrankungen, Hormonbehandlung etc.)?*

Gab es während der Schwangerschaft Probleme (Übelkeit/Erbrechen, Blutungen, Bettruhe, Unfall/Sturz, Erkältungen/Infektionen, vorzeitige Wehen, Medikamente etc.)?

Standen Sie während der Schwangerschaft unter emotionalem Stress (Job, Familie, Prüfung, Hochzeit, Umzug, Trauerfälle etc.)?

Wurden während der Schwangerschaft diagnostische Verfahren durchgeführt (Ultraschall, Sonografie, Fruchtwasser, Röntgen etc.)? Wie oft?

Wurde Ihr Kind viel früher oder später als zum errechneten Termin geboren?

Beschreiben Sie kurz den Geburtsverlauf (Geburtslage des Kindes, Medikamente, Dauer der Wehen/Geburt, Nabelschnur, Zange/Saugglocke, Kaiserschnitt etc.)?

Konnten Sie sofort nach der Geburt mit Ihrem Kind kuscheln oder wurden Sie getrennt?

Hat Ihr Kind direkt nach der Geburt geschrien/geatmet?

Angaben gemäß Kinder-Untersuchungsheft:

Gewicht: _____ Größe: _____

Kopfumfang: _____ pH-Wert: _____

APGAR-WERT: ___ / ___ / ___

Gab es irgendwelche Besonderheiten an Ihrem Baby nach der Geburt (Schädelverformung, Blutschwämmchen, Neugeborenenengelbsucht, Käseschmiere) oder brauchte es weitere medizinischen Maßnahmen (Intensivstation, Beatmung, Medikamente etc.)?

FRÜHE KINDHEIT

Wurde Ihr Kind gestillt (wie lange)? Gab es eine bevorzugte Seite? Hatten Sie Brustentzündungen? Bekam es die Flasche?

Gab es Schwierigkeiten beim Saugen/Schlucken? Hat es viel gespuckt? Bauchschmerzen?

Wie hat Ihr Kind die Bauchlage toleriert?

Dauerte es auffallend lange, bis es seinen Kopf hochhalten konnte (> 4 Monate)? Hatte es eine bevorzugte Kopfhaltung? Gab es eine abgeflachte Stelle am Kopf (wo)?

War Ihr Kind im 1. Lebensjahr auffallend schreckhaft? Oder auffallend ruhig?

War Ihr Kind besonders unruhig und fordernd? Schlieft es wenig und schrie oft (Schreibaby)?

Saß/Lag Ihr Kind regelmäßig in der Babyschale, im Hopser, in der Wippe, in der Federwiege oder unter einem Spielebogen?

SPRACHE

Hat Ihr Kind lautiert (da-da-da, ma-ma-ma)?

Hatte es länger als die Zahnungsphase einen verstärkten Speichelfluss?

Wann hat Ihr Kind die ersten drei Wörter ungefähr gesprochen?

Wann kamen die ersten Zwei- und Dreiwortsätze?

Hatte/Hat es für Außenstehende eine undeutliche Aussprache?

Stottert Ihr Kind und/oder spricht es monoton?

Hatte es einen geringen Wortschatz?

Hatte/Hat Probleme mit der Grammatik?

Ist sein Mund normalerweise geschlossen oder immer leicht geöffnet?

MOTORIK UND BEWEGUNG

Hat Ihr Kind die folgenden Entwicklungsschritte durchlaufen? Drehen aus der Rückenlage in die Bauchlage, Drehen aus der Bauchlage in die Rückenlage, Robben, Kriechen, Sitzen, Vierfüßlerstand, Krabbeln, Stehen, Laufen?

Wann und wie lange krabbelte es?

Wann zog es sich an Möbeln hoch?

Wann stand es frei?

Wann konnte Ihr Kind frei laufen?

Hat Ihr Kind zwischendurch eine spannende Fortbewegungsmethode entwickelt (z.B. auf dem Po rutschend, rollend, „Bärengang“ auf Händen und Füßen etc.)?

Gab Schwierigkeiten beim Fahrradfahren-Lernen?

Konnte Ihr Kind mit sechs Jahren einen kleinen Ball werfen und fangen?

Hat Ihr Kind nach Ihrer Einschätzung Probleme mit der Augen-Hand-Koordination?

Empfinden Sie Ihr Kind als ungeschickt? Stößt oder verletzt es sich häufiger? Wirft es viel um? Kleckert es übermäßig viel?

Schaukelt/Klettert es gern?

War das Schwimmen-Lernen schwierig?

Konnte Ihr Kind zuerst eher tauchen, bevor es gut mit Kopf über Wasser schwimmen konnte?

Bevorzugt Ihr Kind ungewöhnliche Sitzpositionen (auf den Füßen sitzend, auf einem Bein sitzend, Beine um die Stuhlbeine geschlungen etc.)?

Welche Hobbies hat Ihr Kind?

Benötigte Ihr Kind physiotherapeutische/ergotherapeutische Unterstützung?

VERHALTEN

Lutschte Ihr Kind länger am Daumen oder am Schnuller oder an der Flasche?

Wann war Ihr Kind trocken (Tag/Nacht)?

Hatte es Schwierigkeiten beim eigenständigen Anziehen?

Kann Ihr Kind für eine angemessene Zeit stillsitzen?

Gibt es Besonderheiten beim Ess- und Trinkverhalten?

Ist es auffällig ängstlich und zurückhaltend?

Hat Ihr Kind besondere Trennungsängste?

Wie ist sein Selbstwertgefühl bzw. wie sind seine Anforderungen an sich selbst?

Wie geht es mit Kritik um? Kann es gut Regeln einhalten?

Hat Ihr Kind eine niedrige Frustrationstoleranz und/oder mangelnde Impulskontrolle?

Verliert Ihr Kind nur ungern und „reagiert dann über“?

Wie ist sein Spielverhalten mit anderen Kindern? Bestimmend oder angepasst? Spielt es lieber mit Kleineren oder Älteren? Ist es eher kontaktscheu?

Hat es Freundschaften und soziale Kontakte (auch außerhalb von Schule/Kindergarten)?

Wie ist sein Schlafverhalten? Einschlafen, Durchschlafen, Ausschlafen, Schlafposition...

Nässte oder nässt Ihr Kind nach dem 5. Geburtstag gelegentlich ein?

Sucht Ihr Kind gern Ihren Körperkontakt oder kuschelt es kaum/nicht?

Ist Ihr Kind gern sehr sensibel und mitfühlend? Macht es sich viele Gedanken?

Zeigt es gern Überreaktionen, auch bei Nichtigkeiten?

Kann es eigene und/oder fremde Grenzen wahrnehmen?

Wirkt Ihr Kind sehr zappelig und unkonzentriert?

Wird Ihr Kind manchmal sehr wütend und aggressiv?

Hat Ihr Kind starke Stimmungsschwankungen?

Wirkt es manchmal sehr abwesend bzw. hat Phasen, in denen es ganz versunken ist?

GESUNDHEIT

Gab es irgendwelche auffälligen Reaktionen nach Impfungen?

Litt/Leidet Ihr Kind unter Allergien/Unverträglichkeiten?

Litt/Leidet Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma?

Litt/Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?

Hatte Ihr Kind Krankheiten mit sehr hohem Fieber, Krämpfen, Bewusstlosigkeit?

Litt/Leidet Ihr Kind häufiger unter Infekten, z.B. im Hals-/Nasen-/Ohrenbereich? Mittelohrentzündungen? Atemwegserkrankungen wie Bronchitis etc.?

Gab es Unfälle/Brüche?

Waren Operationen notwendig?

Neigt Ihr Kind zu Durchfall/Verstopfung?

Welche Therapien und Förderungen hat Ihr Kind bisher wann und wie lange gemacht?

LERNEN UND SCHULE

Hatte/Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, das Lesen zu erlernen?

Hatte/Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, das Schreiben zu erlernen? Links- oder Rechtshänder?

Hat/Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Erlernen der Schreibschrift?

Wie hält Ihr Kind den Stift? Ist der Stiftdruck angemessen? Wirkt die Hand verkrampft?

Hat Ihr Kind eine schlecht lesbare und/oder ungleichmäßige Schrift?

Macht Ihr Kind viele Fehler beim Abschreiben aus einem Buch oder von der Tafel?

Werden Buchstaben, Silben oder Wörter beim Schreiben ausgelassen oder vertauscht?

Werden anhaltend ähnliche Buchstaben verwechselt, z.B. „b und d“, „p und q“, „n und m“?

Werden anhaltend klangähnliche Buchstaben verwechselt, z.B. „b und p“, „d und t“, „g und k“?

Macht Ihr Kind Zahlendreher, also statt 36 sagt/schreibt es 63?

Überspringt es beim Lesen Wörter oder ganze Zeilen?

Wird beim Schreiben kaum Platz zwischen den einzelnen Wörtern gelassen?

Hat Ihr Kind in Mathe Schwierigkeiten mit Textaufgaben bzw. logischen Zusammenhängen?

Hat Ihr Kind in Mathe Schwierigkeiten beim Mengenverständnis?

Rechnet Ihr Kind ab der 2. Klasse immer noch mit Fingern?

Fällt Ihrem Kind die Uhr schwer (Ablezen der Uhrzeit, Zeitspannen berechnen)?

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Orientierung (Raum, Ordnung, Zeitgefühl, Strukturen, analoge Uhr)?

Kann sich Ihr Kind schwer konzentrieren bzw. ist es leicht ablenkbar?

Legt Ihr Kind das Heft, den Arbeitszettel oder das Buch merkwürdig quer vor sich hin?

Kann sich Ihr Kind schwer organisieren und ist recht unordentlich oder vergesslich?

Klagt es morgens vor Kindergarten/Schule über Bauchweh oder Kopfschmerzen?

UND SONST NOCH... 😊

Gibt es noch etwas Besonderes über Ihr Kind zu erzählen (z.B. außergewöhnliche Angewohnheiten, besondere Vorlieben, spezielle Lebensereignisse)?

CHECKLISTE

VERHALTEN

- Lichtempfindlichkeit
- Geräuschempfindlichkeit
- Geruchsempfindlichkeit
- große Sensibilität der Haut
- Ängstlichkeit/Schreckhaftigkeit
- eher schüchtern und zurückhaltend
- eher Typ „Beobachter“
- eher Typ „Clown“
- geringe Frustrationstoleranz
- kein „sich-Wehren“ bei Konflikten
- Schmerzunempfindlichkeit
- übermäßiges Schmerzempfinden
- monotone Verhaltensweisen (Rituale)
- Vermeidung von direktem Blickkontakt
- Ablehnung von Veränderungen
- Höhenangst

MOTORIK

- öfters Stolpern und Verletzungen
- „tollpatschig“
- schlaffer Muskeltonus
- Zappeligkeit und (motorische) Unruhe
- Probleme beim Schleifenbinden
- Probleme beim Anziehen
- häufiges Kleckern
- Füße unter dem Po beim Sitzen
- Füße um die Stuhlbeine beim Sitzen
- häufiges Kippen
- Probleme bei Bewegungsfolgen
- Probleme mit Rhythmusgefühl

SCHULE UND LERNEN

- Schrift nicht in/auf den Linien
- niedrige Schreibgeschwindigkeit
- lieber Druckschrift statt Schreibschrift
- spiegelverkehrtes Schreiben
- stetiges Vergessen von Schreibregeln
- Probleme beim Ausschneiden
- Mund bewegt sich beim Schneiden
- generelle schlechte Konzentration
- leichte Ablenkbarkeit
- Probleme beim Auswendiglernen
- Probleme mit dem Einmaleins
- Verwechseln von Rechenzeichen
- Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis
- Ziffern- und Buchstabendreher
- zu langsames Lesen
- Probleme beim Leseverständnis