



Anamnesebogen

Name des Kindes: _____ geb. am: _____

Vorstellungsanlass (Aktuelle Beschwerden/ Probleme): _____

Seit wann bestehen die oben genannten Probleme/ Beschwerden? _____

Was wurde bisher versucht, um die Probleme zu lösen? _____

Wünsche für die Diagnostik/ Behandlung? _____

Eigenanamnese:

Wunschkind? Ja Nein Wievielte Schwangerschaft?: _____

Schwangerschaftsverlauf: ohne Komplikationen mit Komplikationen: _____

Stressoren innerhalb der Schwangerschaft: Nein Ja (welche?): _____

Haben Sie während der Schwangerschaft Genussmittel zu sich genommen (z.B. als Sie noch nichts von der Schwangerschaft wussten)?

Alkohol (ja/ nein) Nikotin (ja/ nein) Drogen (ja/ nein)

Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente genommen? ja nein

Wenn ja welche Medikamente und in welchem Monat? _____

Geburt? In der _____ Schwangerschaftswoche: spontan via (Not-)Kaiserschnitt Zangengeburt

Geburtsgewicht: _____ g, Körperlänge: _____ cm, APGAR: ___/ ___/ ___ (Daten sind im gelben U-Heft hinterlegt)

Gab es nach der Geburt Komplikationen? Nein Ja, welche _____

Sind sie als Bezugsperson nach der Geburt gut in Kontakt gekommen mit ihrem Kind: Ja Nein, weil: _____

Gab es Auffälligkeiten innerhalb der U-Untersuchungen? Nein Ja: _____



Gab es Stressoren innerhalb der ersten 3 Lebensjahre (z.B. Trennung, psychische Belastungen, körperliche Belastungen, Jobverlust, ...): Nein Ja (welche?): _____

Wie würden Sie Ihr Kind in den ersten Lebensjahren beschreiben (z.B. sehr neugierig, ängstlich, aufgeweckt, ruhig...): _____

Die Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung

Motorik	<input type="radio"/> zeitgerecht <input type="radio"/> verzögert <input type="radio"/> Auffälligkeiten:
Sprache/ Sprechen	<input type="radio"/> zeitgerecht <input type="radio"/> verzögert <input type="radio"/> Muttersprache: <input type="radio"/> Auffälligkeiten:
Sauberkeitsentwicklung	<input type="radio"/> zeitgerecht <input type="radio"/> verzögert <input type="radio"/> Auffälligkeiten:
Temperament/ Trotzphase	_____

Dauer Elternzeit: _____ Monate (nur Mutter; nur Vater; beide)

Eingewöhnung in die KiTa mit _____ Monaten verlief ohne Probleme erschwert (z.B. Trennungsangst) _____

Gab es Verhaltensauffälligkeiten in der KiTa-Zeit? nein ja (welche?): _____

Hatte Ihr Kind Freunde in der KiTa und wurde auch zu Geburtstagen eingeladen? Ja Nein

Hatte Ihr Kind einen Integrationsstatus („I-Status“)? Nein Ja, aufgrund _____

Gab es KiTa-Wechsel und wenn ja wieviele? nein ja, _____ Mal wegen _____

Gab es eine KiTa-Rückstellung? nein ja, aufgrund von _____

Einschulung erfolgte verfrüht (mit _____ Jahren) zeitgerecht verspätet (mit _____ Jahren)

Verhalten im Übergangsphase (KiTa- Schule): _____

Aktuell besucht mein Kind die _____ Klasse einer/s Grundschule Sekundarschule Gymnasium
 Förderschule Berufsschule sonstiges: _____

Gab es bislang Klassenwiederholungen? Nein Ja, die _____ Klasse wurde wiederholt



Notendurchschnitt vom letzten Zeugnis: _____

Teilleistungsstörungen: keine LRS Dyskalkulie

Erhält Ihr Kind diesbezüglich einen Nachteilsausgleich? Ja Nein

Ist ihr Kind sozial integriert in der Klasse (Freundschaften, Geburtstagsfeierlichkeiten, ...): Ja Nein: _____

Gibt es gegenwärtig besondere (äußere) Belastungsfaktoren/ Stressoren (z.B. Trennungen, Mobbing, psychische und/ oder körperliche Erkrankungen innerhalb der Familie, Arbeitslosigkeit, ...)?

Nein Ja (welche?): _____

Wer ist die Vertrauensperson/ Bezugsperson von Ihrem Kind: Vater Mutter Schwester
 Bruder Tante/ Onkel Großvater/-mutter sonstige: _____

Ist Ihr Kind religiös? Nein Ja: _____

Gab es in der Vergangenheit besondere Erkrankungen/ Unfälle/ Krankenhausaufenthalte bei Ihrem Kind? nein ja (bitte mit Jahreszahl): _____

Hat Ihr Kind bereits in der Vergangenheit Therapien gehabt und falls ja wann und warum?

Logopädie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Ergotherapie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Psychotherapie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Lerntherapie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
sonstiges	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja

Gibt es aktuell weitere Fachkräfte, die Sie oder Ihr Kind unterstützen? Nein Ja

Einzelfallhelfer*in Schulhelfer*in Familienhelfer*in sonstige: _____

Familienanamnese

Name der **Mutter**: _____ geb. am: _____

Migrationshintergrund: nein ja: _____

Schulabschluss: _____

Studienabschluss: nein ja: _____

Derzeitige Tätigkeit (Vollzeit/ Teilzeit): _____

Beziehung zum Kind: _____



Erziehungsstil: _____

Gab/ Gibt es psychische Erkrankungen/ Süchte der Mutter und/ oder in der Familie mütterlicherseits?

Nein Ja, welche: _____

Name des **Vaters**: _____ geb. am: _____

Migrationshintergrund: nein ja: _____

Schulabschluss: _____

Studienabschluss: nein ja: _____

Derzeitige Tätigkeit (Vollzeit/ Teilzeit): _____

Beziehung zum Kind: _____

Erziehungsstil: _____

Gab/ Gibt es psychische Erkrankungen/ Süchte des Vaters und/ oder in der Familie väterlicherseits?

Nein Ja, welche: _____

Sind Sie die leiblichen Eltern/ Adoptiveltern/ Pflegeeltern/ andere Bezugspersonen?

Sie leben in keiner Partnerschaft / harmonischen Partnerschaft/ konfliktreichen Partnerschaft?

Sie sind verheiratet, getrennt lebend, geschieden, wiederverheiratet, verwitwet

seit wann? _____

Wo lebt das Kind? (Lebensmittelpunkt)? _____

Gibt es Besuchskontakte/ -regelung? Nein Ja und zwar: _____

Lebt die Mutter in einer neuen Partnerschaft? Nein Ja

Lebt der Vater in einer neuen Partnerschaft? Nein Ja

Gibt es **Geschwister**? Nein Ja (Wieviele? Alter?): _____

Beziehung zu Geschwistern: _____

Gab/ Gibt es psychische Erkrankungen/ Süchte des der Geschwister?

Nein Ja, welche: _____

Gab/ Gibt es schwere körperliche Erkrankungen (auch geistige Behinderungen) der Geschwister?

Nein Ja, welche: _____

Gab/ Gibt es Haftstrafen bei einem Familienangehörigen?

Nein Ja, bei: _____

Vielen Dank für Ihre Zuarbeit.