



Anamnesebogen für Kinder

Liebe Eltern!

Um die Therapiezeit optimal zu nutzen, bitte ich Sie folgenden Anamnesebogen VOR dem Elterngespräch ausgefüllt mitzubringen. Ein gemeinsames Ausfüllen nimmt zu viel Zeit in Anspruch, welche ansonsten teils vom Elterngespräch oder sogar der Therapie Ihres Kind genommen werden muss. Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Bogens bestätigen Sie die Genauigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

1. Allgemeine Daten:

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Adresse:
Telefonnummer:	PLZ/Ort:
Berufe der Eltern:	Krankenkasse:
VersNr. des Kindes:	

Kindergarten/Schule:	
Anschrift der Einrichtung:	
Kindergärtnerin/Lehrer:	
Telefon:	

Hiermit bestätige ich, dass ich mit einer Kontaktaufnahme seitens der Logopädin mit dem zuständigen Kindergarten/Schule einverstanden bin (bitte um Unterschrift):

2. Grund der Anmeldung

Welche Sprachauffälligkeit sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen?

--

Seit wann beobachten Sie Sprachauffälligkeiten bei Ihrem Kind?

Wie sind Sie zu mir gekommen?

Durch Verordnung vom Kinderarzt:	Eigeninitiative:
Durch Verordnung vom HNO-Arzt:	Durch Frühförderstelle:
Empfehlung des Kindergartens:	Andere:
Wenn Sie durch andere zu uns gekommen sind, welche Person war das?	

3. Familienanamnese

Gibt oder gab es in der Familie noch weitere Sprachauffälligkeiten (auch in anderen Generationen)?

Ja	Nein
Wenn ja, geben Sie bitte hier die Art(en) der Auffälligkeiten an!	

4. Entwicklungsverlauf des Kindes

4.1. Frühkindliche Entwicklung

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft/während der Geburt ihres Kindes?

Ja	Nein
----	------

Fand die Geburt um den errechneten Zeitpunkt statt?

Ja	Nein
----	------

Wenn nein, beschreiben Sie bitte kurz den Verlauf?

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

Ja	Nein
Wenn ja, wie lange?	
Wenn nein: Welche Gründe sprachen gegen das Stillen?	

Gab oder gibt es Probleme beim Saugen und/oder Schlucken?

Ja	Nein
Wenn Ja, wie würden Sie diese Probleme beschreiben?	

Wie und wann gelang die Umstellung auf Breikost/feste Nahrung?

Gab oder gibt es Schwierigkeiten beim Kauen?

Ja	Nein
----	------

Isst Ihr Kind feste Nahrungsmittel wie z.B. Äpfel oder Karotten, Knäckebrot?

Ja	Nein
----	------

4.2. Motorische Entwicklung

In welchem Alter konnten Sie folgende Fähigkeiten bei Ihrem Kind beobachten?

Freies Sitzen
Krabbeln
Stehen mit Anhalten
Freies Stehen
Freies Gehen
Hüpfen

4.3. Sprachentwicklung

Wächst Ihr Kind zweisprachig auf?

Ja	Nein
Wenn ja, welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?	

Hat Ihr Kind mit ca. 7 Monaten gelallt bzw. gebrabbelt?

Ja	Nein
Wenn ja, wie lange hat diese Phase angedauert?	
Ist die Lautäußerung mit ca. 7 Monaten mehr geworden?	

Hat Ihr Kind folgende Lallketten gebildet?

Dada	dadada	gagaga	dagaga
------	--------	--------	--------

Wann hat Ihr Kind erste Wörter gesprochen?

Wie lang schätzen Sie den Zeitraum zwischen dem 1. und 2. Wort Ihres Kindes ein?

ein Monat	eine Woche	ein Tag	länger als 1 Monat
-----------	------------	---------	--------------------

Wann hat das Kind erste 2-Wort-Äußerungen gebildet (Bsp.: „Bär da“ „Auto butt“ „Mama heia“...)

In welchem Alter konnten sie 3- Mehrwortäußerungen beobachten? („Elias Banane essen“ „Karoline Wasser trinken“)

Wie beschreiben Sie das aktuelle Sprachniveau Ihres Kindes?

5. Spiel- und Sozialentwicklung

Womit spielt Ihr Kind gern?

Wie würden Sie das Spielen Ihres Kindes beschreiben?

--

Spielt Ihr Kind gerne alleine?

Hat Ihr Kind einen besten Freund/ eine beste Freundin?

Ja	Nein
----	------

6. Medizinische Anamnese

Fanden schon früher therapeutische Behandlungen (Physiotherapie, Psychotherapie, Heilpädagogen, Logopädie, Sprachheilpädagogik etc.) statt?

Ja	Nein
Wenn ja, welche therapeutische Maßnahme wurde getroffen?	

Wurde bereits ein Hörtest gemacht?

Ja	Nein
Wenn ja, wie lange ist die Testung her?	

Hat/hatte Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen, wenn ja wie oft im Jahr?

Hat oder hatte Ihr Kind Polypen (wurden diese entfernt)?

Ist Ihr Kind häufig erkältet, wenn ja wie oft im Jahr?

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen oder Krankenhausaufenthalte, Operationen - wenn ja worum handelte es sich?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente, wenn ja welche?

Leidet Ihr Kind unter einer Allergie (Pollen, Gräser, Lebensmittel...)? Welche Lebensmittel darf Ihr Kind nicht essen?

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

Vielen Dank für Ihre Mühe

Iris Tellian