



# 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.