

Anamnesefragebogen für die Eltern

Für den Termin am _____ um _____ bei _____
und am _____ um _____

Vereinbarte Termine müssen mindestens **48 Stunden** vorher abgesagt werden, sonst müssen wir Ihnen diesen Termin in Rechnung stellen.

Kind

Vorname _____
Name _____ geb. _____
Adresse _____
Telefon _____ Mobil _____
E-Mail _____

Mit welcher Frage kommen Sie?

| Eltern | Mutter | Vater |
|---------------------------------|---------------|--------------|
| Name | _____ | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | _____ |
| Beruf | _____ | _____ |
| ausgeübter Beruf | _____ | _____ |
| weite Wege? | _____ | _____ |
| Beruf und Kinder gut vereinbar? | _____ | _____ |

| Geschwister | Name | Geburtsdatum |
|--------------------|-------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Wohnsituation

Schwangerschaft

Gesundheit der Mutter z.B. Übelkeit, Blutdruck, Wassereinlagerungen, Eiweiß im Urin, vorzeitige Wehen

Stress: z.B. Umzug, Beziehung, Todesfälle, Beruf

Konsum von Medikamenten, Psychopharmaka, Alkohol, Nikotin o.Ä.

Geburt

termingerecht +/- wieviel Tage/ Wochen eingeleitet

Dauer: lang kurz mittel

Schwere: schwer leicht mittel

Geburtslage:

Kaiserschnitt: ja nein geplant ungeplant

Wurden Hilfsmittel wie Zange, Glocke, Schnitte, Medikamente eingesetzt? Welche?

Fruchtwasser: trüb klar

Sauerstoffversorgung / Herztöne:

Kopfumfang: Gewicht: Größe:

Erste drei Monate

Rhythmusfindung: Schlafen Trinken

Schreien: selten mittel häufig

Anderes:

Mutter: Stress Wochenbettdepression depressive Verstimmung

Krankheiten:

Anderes:

Stillen

Zeitraum: _____
davon voll _____
davon teilweise _____
Störungen (welche? /warum?) _____
kräftig gesaugt? _____
Übergang zu fester Nahrung – wann? problematisch unproblematisch

Essen und Trinken

merkt rechtzeitig Hunger und Sättigung? _____
dürfen Speisen vermischt werden? _____
isst eher ausgewählt / wird speziell gekocht? _____
isst besonders gerne: _____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Welche? _____
merkt es rechtzeitig Durst? _____
wie viel trinkt es am Tag? _____ Was? _____

Schlafen

regelmäßig durchgeschlafen (mindestens 6 Stunden) mit wie viel Monaten? _____
2x täglich geschlafen: _____ 1x täglich geschlafen: _____
schläft leicht ein _____
wacht nachts auf _____ wann? _____
morgens aufwachen: schnell langsam
merkt es rechtzeitig Müdigkeit? _____
macht es am Tag Pausen? _____

Reaktionen auf taktile Reize

Berührung (leicht/kräftig):

mag es **nicht**: matschen klebrige Finger

Haare waschen kämmen Nägel schneiden Zähne putzen

schmüst gerne / nur auf eigenen Wunsch

ist es: normal schmerzempfindlich schmerzempfindlich wenig schmerzempfindlich

Motorik (ein Fotoalbum kann hilfreich sein)

Wie haben Sie Ihr Kind am Tag gelagert?

Wie alt war ihr Kind beim Erlernen folgender Fähigkeiten? (bitte in Lebensmonaten angeben)

Hand-/Fußspiel Drehen Rücken/Bauch

Robben/Kriechen Sitzen Krabbeln

andere Bewegungsmuster (z.B. Porutschen, Bärengang)

Hochziehen erste freie Schritte

sicheres Gehen Treppen gehen im Wechselschritt

hat es die Fähigkeiten alleine erworben?

Bewegungswahrnehmung und Gleichgewicht

Hat Freude an Bewegung

Kann stillsitzen

Ist tollkühn beim Klettern, Rutschen, Schaukeln etc.

Ist sehr zurückhaltend beim Klettern, Rutschen, Schaukeln etc.

Wie ist das Tempo der Bewegung?

schnell angemessen langsam

Sauberkeit

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| über Tag mit | Jahren | über Nacht mit | Jahren | |
| Verdauung | | | | |
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> fest | <input type="checkbox"/> breiig | <input type="checkbox"/> 1x täglich | <input type="checkbox"/> 2x täglich |

Zahnen

| | |
|-----------------|---------|
| erster Zahn mit | Monaten |
| Zahnwechsel mit | Jahren |
| Karies mit | Jahren |
| Fehlstellungen | |
| Behandlungen | |

Sprechen

1. Spracherwerb

Wie alt war ihr Kind beim Erlangen folgender sprachlicher Fähigkeiten:

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| Lallen | Einwortsätze |
| Zweiwortsätze | Ganze Sätze (grammatikalisch richtig) |

2. Artikulation

| | |
|------------------------|---------|
| Verwaschene Aussprache | Lispeln |
|------------------------|---------|

Wurden Laute ersetzt? Welche?

3. Anderes

Blickkontakt

angemessener Blickkontakt reduzierter Blickkontakt guckt an uns vorbei

Fremdeln

hat gefremdelt mit ca. 8 Monaten?

Trotzphase gleichzeitig mit **Ich sagen** mit ca. 26 bis 36 Monaten?

früher später wenig gar nicht

Wie reagiert es auf **Auf- und Anforderungen von außen**?

mit Verzögerung sofort „hört nicht“ „hat eigenen Plan“

Weiteres:

Wie geht es mit selbst gestellten Anforderungen/Aufgaben um?

Denken

Versteht Ihr Kind alles im Alltag? Fragt es viel nach?

Versteht Ihr Kind Rätsel, Bildergeschichten, Witze?

Nimmt Ihr Kind alles wortwörtlich?

Kann es Textaufgaben lösen / Aufsätze schreiben?

Spielen

Hat es vielfältige, kreative Spielideen?

Konstruiert es viel?

Spielt es Rollenspiele?

Spielt es gleichberechtigt mit anderen?

Regelmäßige Kontakte

zu anderen Kindern

zu Erwachsenen

Sinneswahrnehmung

Ist Ihr Kind geruchsempfindlich?

Geräuschempfindlich? (Geräusche von außen)

Hat es eine gute visuelle Wahrnehmung? (Nimmt es kleine Details sofort wahr)?

Kleidet es sich passend zur Temperatur?

Impfungen

alle üblichen

ausgewählte / welche?

gar keine

Hat es Reaktionen / Krankheiten nach den Impfungen gegeben?

Hautausschläge

Apathie

Fieber

langes Schreien

Stillstand in der motorischen Entwicklung

Krankheiten

Kinderkrankheiten, welche?

wiederkehrende Krankheiten

Unfälle

Krankenhausaufenthalte

Fiebert ihr Kind?

hoch

lang andauernd

oft

selten

gar nicht

Geben / gaben Sie fiebersenkende Mittel? Ab wie viel Grad?

Hat / hatte es Fieberkrämpfe?

Allergien

Polypen

weit-/kurzsichtig, schielen

Wissen Sie eine Diagnose?

Hat es Therapien gehabt? Wann und welche?

Hausarzt / Kinderarzt

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Bernard Lievegoed Instituts e.V. Einblick in die pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen meines Kindes nehmen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Die Mitarbeiterinnen des Bernard Lievegoed Instituts e. V. unterliegen der Schweigepflicht und erklären, dass sie keine Angaben ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten an Dritte weitergeben.

© Bernard Lievegoed Institut Hamburg

Anamnesefragebogen für die Eltern

Für den Termin am _____ um _____ bei
und am _____ um _____

Vereinbarte Termine müssen mindestens **48 Stunden** vorher abgesagt werden, sonst müssen wir Ihnen diesen Termin in Rechnung stellen.

Kind

Vorname _____
Name _____ geb. _____
Adresse _____
Telefon _____ Mobil _____
E-Mail _____

Mit welcher Frage kommen Sie?

| Eltern | Mutter | Vater |
|---------------------------------|---------------|--------------|
| Name | _____ | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | _____ |
| Beruf | _____ | _____ |
| ausgeübter Beruf | _____ | _____ |
| weite Wege? | _____ | _____ |
| Beruf und Kinder gut vereinbar? | _____ | _____ |

| Geschwister | Name | Geburtsdatum |
|--------------------|-------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Wohnsituation

Schwangerschaft

Gesundheit der Mutter z.B. Übelkeit, Blutdruck, Wassereinlagerungen, Eiweiß im Urin, vorzeitige Wehen

Stress: z.B. Umzug, Beziehung, Todesfälle, Beruf

Konsum von Medikamenten, Psychopharmaka, Alkohol, Nikotin o.Ä.

Geburt

termingerecht +/- wieviel Tage/ Wochen eingeleitet

Dauer: lang kurz mittel

Schwere: schwer leicht mittel

Geburtslage:

Kaiserschnitt: ja nein geplant ungeplant

Wurden Hilfsmittel wie Zange, Glocke, Schnitte, Medikamente eingesetzt? Welche?

Fruchtwasser: trüb klar

Sauerstoffversorgung / Herztöne:

Kopfumfang: Gewicht: Größe:

Erste drei Monate

Rhythmusfindung: Schlafen Trinken

Schreien: selten mittel häufig

Anderes:

Mutter: Stress Wochenbettdepression depressive Verstimmung

Krankheiten:

Anderes:

Stillen

Zeitraum: _____
davon voll _____
davon teilweise _____
Störungen (welche? /warum?) _____
kräftig gesaugt? _____
Übergang zu fester Nahrung – wann? problematisch unproblematisch

Essen und Trinken

merkt rechtzeitig Hunger und Sättigung? _____
dürfen Speisen vermischt werden? _____
isst eher ausgewählt / wird speziell gekocht? _____
isst besonders gerne: _____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Welche? _____
merkt es rechtzeitig Durst? _____
wie viel trinkt es am Tag? _____ Was? _____

Schlafen

regelmäßig durchgeschlafen (mindestens 6 Stunden) mit wie viel Monaten? _____
2x täglich geschlafen: _____ 1x täglich geschlafen: _____
schläft leicht ein _____
wacht nachts auf _____ wann? _____
morgens aufwachen: schnell langsam
merkt es rechtzeitig Müdigkeit? _____
macht es am Tag Pausen? _____

Reaktionen auf taktile Reize

Berührung (leicht/kräftig):

mag es **nicht**: matschen klebrige Finger

Haare waschen kämmen Nägel schneiden Zähne putzen

schmüst gerne / nur auf eigenen Wunsch

ist es: normal schmerzempfindlich schmerzempfindlich wenig schmerzempfindlich

Motorik (ein Fotoalbum kann hilfreich sein)

Wie haben Sie Ihr Kind am Tag gelagert?

Wie alt war ihr Kind beim Erlernen folgender Fähigkeiten? (bitte in Lebensmonaten angeben)

Hand-/Fußspiel Drehen Rücken/Bauch

Robben/Kriechen Sitzen Krabbeln

andere Bewegungsmuster (z.B. Porutschen, Bärengang)

Hochziehen erste freie Schritte

sicheres Gehen Treppen gehen im Wechselschritt

hat es die Fähigkeiten alleine erworben?

Bewegungswahrnehmung und Gleichgewicht

Hat Freude an Bewegung

Kann stillsitzen

Ist tollkühn beim Klettern, Rutschen, Schaukeln etc.

Ist sehr zurückhaltend beim Klettern, Rutschen, Schaukeln etc.

Wie ist das Tempo der Bewegung?

schnell angemessen langsam

Sauberkeit

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| über Tag mit | Jahren | über Nacht mit | Jahren | |
| Verdauung | | | | |
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> fest | <input type="checkbox"/> breiig | <input type="checkbox"/> 1x täglich | <input type="checkbox"/> 2x täglich |

Zahnen

| | |
|-----------------|---------|
| erster Zahn mit | Monaten |
| Zahnwechsel mit | Jahren |
| Karies mit | Jahren |
| Fehlstellungen | |
| Behandlungen | |

Sprechen

1. Spracherwerb

Wie alt war ihr Kind beim Erlangen folgender sprachlicher Fähigkeiten:

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| Lallen | Einwortsätze |
| Zweiwortsätze | Ganze Sätze (grammatikalisch richtig) |

2. Artikulation

| | |
|------------------------|---------|
| Verwaschene Aussprache | Lispeln |
|------------------------|---------|

Wurden Laute ersetzt? Welche?

3. Anderes

Blickkontakt

angemessener Blickkontakt reduzierter Blickkontakt guckt an uns vorbei

Fremdeln

hat gefremdelt mit ca. 8 Monaten?

Trotzphase gleichzeitig mit **Ich sagen** mit ca. 26 bis 36 Monaten?

früher später wenig gar nicht

Wie reagiert es auf **Auf- und Anforderungen von außen**?

mit Verzögerung sofort „hört nicht“ „hat eigenen Plan“

Weiteres:

Wie geht es mit selbst gestellten Anforderungen/Aufgaben um?

Denken

Versteht Ihr Kind alles im Alltag? Fragt es viel nach?

Versteht Ihr Kind Rätsel, Bildergeschichten, Witze?

Nimmt Ihr Kind alles wortwörtlich?

Kann es Textaufgaben lösen / Aufsätze schreiben?

Spielen

Hat es vielfältige, kreative Spielideen?

Konstruiert es viel?

Spielt es Rollenspiele?

Spielt es gleichberechtigt mit anderen?

Regelmäßige Kontakte

zu anderen Kindern

zu Erwachsenen

Sinneswahrnehmung

Ist Ihr Kind geruchsempfindlich?

Geräuschempfindlich? (Geräusche von außen)

Hat es eine gute visuelle Wahrnehmung? (Nimmt es kleine Details sofort wahr)?

Kleidet es sich passend zur Temperatur?

Impfungen

alle üblichen

ausgewählte / welche?

gar keine

Hat es Reaktionen / Krankheiten nach den Impfungen gegeben?

Hautausschläge

Apathie

Fieber

langes Schreien

Stillstand in der motorischen Entwicklung

Krankheiten

Kinderkrankheiten, welche?

wiederkehrende Krankheiten

Unfälle

Krankenhausaufenthalte

Fiebert ihr Kind?

hoch

lang andauernd

oft

selten

gar nicht

Geben / gaben Sie fiebersenkende Mittel? Ab wie viel Grad?

Hat / hatte es Fieberkrämpfe?

Allergien

Polypen

weit-/kurzsichtig, schielen

Wissen Sie eine Diagnose?

Hat es Therapien gehabt? Wann und welche?

Hausarzt / Kinderarzt

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Bernard Lievegoed Instituts e.V. Einblick in die pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen meines Kindes nehmen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Die Mitarbeiterinnen des Bernard Lievegoed Instituts e. V. unterliegen der Schweigepflicht und erklären, dass sie keine Angaben ohne Einwilligung der Erziehungsberechtigten an Dritte weitergeben.

© Bernard Lievegoed Institut Hamburg