

## **Anamnesefragebogen** für die Eltern

Für den Termin am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

### **Kind**

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### **Mit welcher Frage kommen Sie?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Eltern</b>	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
---------------	---------------	--------------

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

weite Wege? \_\_\_\_\_

Beruf und Kinder gut vereinbar? \_\_\_\_\_

<b>Geschwister</b>	<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>
--------------------	-------------	---------------------

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **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                       spontan

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

**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? \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

**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:  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

Hat es mehr als 3 Worte vorm Gehen gesprochen (z.B. Mama/Papa/Ball)?

**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**?

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

Wie reagiert es auf Anforderungen/Aufgaben von außen?

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