

Embodiment-Concept Anamnesefragebogen

für die Eltern

Kind

Vorname

Name geb.

Adresse

Telefon Mobil

E-Mail

Eltern **Mutter** **Vater**

Name

Geburtsdatum

Beruf

ausgeübter Beruf

weite Wege?

Beruf und Kinder gut vereinbar?

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 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?

Appetit wenn es schmeckt?

dürfen Speisen vermischt werden?

isst eher ausgewählt / wird speziell gekocht?

isst lieber: würzig süß

isst besonders gerne:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Welche?

merkt es rechtzeitig Durst?

wie viel trinkt es am Tag? Was?

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 moderat 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

Sprechen

1. Sprachschatz

Wie alt war ihr Kind beim Erlangen folgender sprachlicher Fähigkeiten:

Lallen	Einwortsätze
Zeiwortsätze	Ganze Sätze (grammatikalisch richtig)

2. Artikulation

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

Wurden Laute ersetzt? Welche?

Impfungen

alle üblichen

ausgewählte / welche?

gar keine

Hat es Reaktionen / Krankheiten nach den Impfungen gegeben?

<input type="checkbox"/> Hautausschläge	<input type="checkbox"/> Apathie	<input type="checkbox"/> Fieber
<input type="checkbox"/> langes Schreien	<input type="checkbox"/> Stillstand in der motorischen Entwicklung	

Krankheiten

Kinderkrankheiten, welche?

wiederkehrende Krankheiten

Unfälle

Krankenhausaufenthalte

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