

Anamnese

Name:	Vorname:	Geb.:
-------	----------	-------

Vorgeschichte

Schwangerschaft und Geburt?	<input type="radio"/> Unauffällig <input type="radio"/> Komplikationen
Wurde Ihr Kind gestillt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja Wie lange?
Wer ist der Kinderarzt?	
Wurde das Gehör überprüft?	Wann? Wo? Ergebnis:
Wurden die Augen überprüft?	Wann? Wo? Ergebnis:
Waren Sie schon bei anderen Beratungsstellen? Bei welchen?	
Wurden Tests durchgeführt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, folgende.....

Hatte Ihr Kind besondere Krankheiten/ Unfälle?	
Hatte Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen?	
Hatte Ihr Kind eine Paukendrainage/ Paukenröhrchen?	
Hatte Ihr Kind Klinikaufenthalte?	
Gab es Auffälligkeiten bei den Vorsorgeuntersuchungen?	
Was isst /trinkt Ihr Kind gerne?	
Kann Ihr Kind selbstständig auf die Toilette gehen? Trägt es eine Windel?	
Schläft Ihr Kind nachts durch?	
Wie selbstständig ist Ihr Kind? (An-Ausziehen, Nahrungsaufnahme...)	
Wie entwickelte sich die Motorik?	

<p>Kann es / ab wann konnte es sitzen, krabbeln, stehen, laufen</p>	
<p>Welches sind die wichtigen Bezugspersonen für Ihr Kind? Wer betreut das Kind?</p>	
<p>Gab es besondere Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren?</p>	
<p>Welche Maßnahmen haben Sie bisher in Anspruch genommen, um die Entwicklung Ihres Kindes zu unterstützen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ergotherapie, Praxis Von.....bis..... ○ Logopädie, Praxis Von.....bis..... ○ Physio, Praxis Von.....bis..... ○ Eingliederungshilfe, Stundenumfang Von.....bis..... ○

Kommunikation und Sprache

Nimmt Ihr Kind Blickkontakt auf?	
Lallte Ihr Kind (lala, mamama, bababa)?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, mit ca.....Monaten
Ahmte Ihr Kind Laute nach (tutu, miau)?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, mit ca.....Monaten
Was waren die ersten Wörter Ihres Kindes?	
Sprach Ihr Kind an seinem 2. Geburtstag 50 Wörter (außer Mama und Papa), die auch Außenstehende verstehen konnten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein. Er/Sie sprach folgende Wörter:
Was war einer der ersten Sätze (mehrere Wörter) Ihres Kindes?	Mit ca.Monaten

Aktuelle Spracheinschätzung

Wie teilt Ihr Kind aktuell seine Bedürfnisse mit?	<input type="radio"/> Gesten <input type="radio"/> Sprache <input type="radio"/> beides <input type="radio"/>
Wie äußert sich Ihr Kind derzeit (Sätze, Fragen...)?	

Beteiligt sich Ihr Kind an den Gesprächen mit anderen?	
Wer versteht Ihr Kind, wenn es etwas erzählt?	
Welche Sprachbereiche sind auffällig?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aussprache ○ Satzbau/Grammatik ○ Wortschatz ○ Sprachverständnis ○ Redefluss ○
Wie reagiert Ihr Kind auf Verbesserungen im Bereich der Sprache?	

Soziale und emotionale Entwicklung

Hat Ihr Kind Spielpartner oder spielt es vorwiegend alleine?	
<p>Wie geht Ihr Kind mit Frust, Stress, Konflikten...um?</p> <p>(sprechen, schreien, schlagen, weglaufen, Rückzug.....)</p>	

Welches Verhältnis hat Ihr Kind zu seinen Eltern und Geschwistern?	
Welche Interessen hat Ihr Kind? Was spielt es gerne?	
Was kann Ihr Kind gut? Was mögen Sie an Ihrem Kind?	

Kindergarten

Seit wann besucht Ihr Kind den Kindergarten?	Datum: <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig
Wie lange geht Ihr Kind in den Kindergarten?	<input type="radio"/> Ganztags (von__ bis ____) <input type="radio"/> Halbtags <input type="radio"/> VÖ (von__ bis ____)
Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?	
Wie war die Eingewöhnungszeit?	

Medienkonsum

Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind durchschnittlich mit Medien (Smartphone, TV, Tablet, Spielkonsolen)?					
	Gar nicht	Bis 30 Min. am Tag	½-2 Stunden am Tag	3-4 Stunden am Tag	5 oder mehr Stunden am Tag
An einem Wochentag					
An einem Samstag / Sonntag					

Warum wenden Sie sich an das sonderpädagogische Beratungszentrum?
Was wünschen Sie sich von uns?

Mehrsprachigkeit

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie gesprochen? Wer spricht diese Sprachen?	
Welche Sprachen versteht Ihr Kind?	
Welche Sprachen spricht Ihr Kind?	

Wie sind die Deutschkenntnisse der Familienmitglieder?		+	+ /-	-
	Mutter			
	Vater			
	Geschwister			
In welchem Alter hatte Ihr Kind zum ersten Mal Kontakt mit der deutschen Sprache?				

Datum:

Unterschrift:

Stand 09/22