



Anamnesebogen

zur Aufnahme in die Diagnose- und Förderklasse (DFK) oder in die Schulvorbereitende Einrichtung (SVE)

Name des Kindes:	Geb. am:
Muttersprache: _____ <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> mit Fehlern in Grammatik und Wörtern <input type="checkbox"/> kaum	
Sonstige gesprochene Sprachen:	

Familiäre Situation:

Welche Geschwister hat Ihr Kind (bitte mit Altersangabe)?

Wie ist die Situation der Erziehungsberechtigten (zusammenlebend, alleinerziehend, getrennt...) und ihre berufliche Tätigkeit?

Mutter: _____

Vater: _____

Schwangerschaft und Geburt

Wie verlief die Schwangerschaft (z. B. Krankheiten, Medikamente, Unfälle, Rauchen ...)?

Wie verlief die Geburt (z. B. Frühgeburt, Kaiserschnitt, Blaufärbung, Klinikaufenthalt ...)?

Auffälligkeiten als Baby / Kleinkind:

- war sehr unruhig schlief viel schlief wenig
 schlief unregelmäßig schrie viel war häufig krank
 Sonstiges: _____

Kindergarten

Welchen Kindergarten / welche HPT besucht Ihr Kind und seit wann?

Hat Ihr Kind einen Integrationsplatz? ja nein

Gab es einen Wechsel des Kindergartens? ja nein

Ihr Kind besucht den Kindergarten:

- gerne ungerne regelmäßig unregelmäßig

Was berichten die Erzieher über Ihr Kind?

- wenig Ausdauer sehr schüchtern häufiger Spielewechsel
 motorische Unruhe Müdigkeit Streit mit anderen Kindern
 wenig Kontakt zu Kindern Sonstiges: _____

Krankheiten		
Ist Ihr Kind häufig krank?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind jemals einen epileptischen Anfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gab es bisher längere Krankenhausaufenthalte? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hören und Sehen		
Hatte ihr Kind mehrfach Mittelohrentzündung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reagiert ihr Kind auf Lautstärke empfindlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei ihrem Kind Hörbeeinträchtigungen festgestellt? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei ihrem Kind spezielle Sehbeeinträchtigungen festgestellt? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ihr Kind Brillenträger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entwicklungsverlauf		
Motorische Entwicklung		
Gab es als Kleinkind Auffälligkeiten beim Sitzen, Krabbeln, Laufen? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es momentan noch Auffälligkeiten in der Motorik ihres Kindes? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Hand nutzt ihr Kind beim Malen, Schneiden, Basteln? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> noch nicht festgelegt		
Wie kann Ihr Kind malen und schneiden? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> teilweise gut <input type="checkbox"/> hat große Schwierigkeiten		
Ist die Sauberkeitserziehung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren	<input type="checkbox"/> nein	
Sprachliche Entwicklung in der Sprache Deutsch		
Wann hat Ihr Kind zu sprechen begonnen? <input type="checkbox"/> wie andere Kinder <input type="checkbox"/> etwas später, mit _____ <input type="checkbox"/> etwas früher, mit _____		
Wie spricht Ihr Kind? <input type="checkbox"/> in einzelnen Wörtern <input type="checkbox"/> kurze Sätze mit falscher Grammatik <input type="checkbox"/> lange Sätze mit falscher Grammatik <input type="checkbox"/> meist in richtigen Sätzen <input type="checkbox"/> hat Schwierigkeiten, folgende Laute auszusprechen: _____		
Kann Ihr Kind schon viele Gegenstände richtig benennen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein		
Wie würden Sie den Wortschatz einschätzen? <input type="checkbox"/> gut entwickelt <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> eher gering		
Soziale Entwicklung / Sozialverhalten		
Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern / in der Gruppe zurecht? <input type="checkbox"/> spielt gerne mit anderen <input type="checkbox"/> kann sich durchsetzen <input type="checkbox"/> spielt lieber allein <input type="checkbox"/> möchte immer der Chef sein <input type="checkbox"/> hat viele Freunde <input type="checkbox"/> wird oft geärgert <input type="checkbox"/> hat oft Streit <input type="checkbox"/> kann Konflikte friedlich lösen <input type="checkbox"/> neigt zu Wutausbrüchen <input type="checkbox"/> benötigt bei Streit die Hilfe der Erwachsenen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Spielverhalten / Stärken / Schwächen
Womit spielt Ihr Kind gerne? Wo liegen seine besonderen Interessen? _____
Was kann Ihr Kind besonders gut? _____
Was kann Ihr Kind noch nicht so gut? _____
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes insgesamt zufrieden? Machen Sie sich Sorgen über? _____
Bisherige Therapien (Welche? Seit wann? Behandelnder Therapeut? Medikamente?):
Bisherige Diagnostik (Klinik? Kinder- und Jugendpsychiater? Erziehungsberatungsstelle? Psychologe? Weitere?):
Weitere wichtige Informationen:
Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: