Rupert-Egenberger-Schule
Sonderpädagogisches Förderzentrum

Birkenstraße 4, 85716 Unterschleißheim

Anamnesebogen

zur Aufnahme und Beratung

Name des Kindes:	Geb. am:
Muttersprache:_____ ☐ fließend ☐ mit Fehlern in Grammatik und Wörtern ☐ 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? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind Allergien? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche: _____

Hatte Ihr Kind jemals einen epileptischen Anfall? ☐ ja ☐ nein

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche: _____

Gab es bisher längere Krankenhausaufenthalte? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche: _____

Hören und Sehen

Hatte Ihr Kind mehrfach Mittelohrentzündung? ☐ ja ☐ nein

Reagiert Ihr Kind auf Lautstärke empfindlich? ☐ ja ☐ nein

Wurden bei Ihrem Kind Hörbeeinträchtigungen festgestellt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche: _____

Wurden bei Ihrem Kind spezielle Sehbeeinträchtigungen festgestellt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche: _____

Ist Ihr Kind Brillenträger? ☐ ja ☐ nein

Entwicklungsverlauf

Motorische Entwicklung

Gab es als Kleinkind Auffälligkeiten beim Sitzen, Krabbeln, Laufen? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche: _____

Gibt es momentan noch Auffälligkeiten in der Motorik Ihres Kindes? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, welche: _____

Welche Hand nutzt Ihr Kind beim Malen, Schneiden, Basteln?
☐ rechts ☐ links ☐ noch nicht festgelegt

Wie kann Ihr Kind malen und schneiden?
☐ gut ☐ teilweise gut ☐ hat große Schwierigkeiten

Ist die Sauberkeitserziehung abgeschlossen? ☐ nein
☐ ja, mit _____ Jahren

Sprachliche Entwicklung in der Sprache Deutsch

Wann hat Ihr Kind zu sprechen begonnen?
☐ wie andere Kinder ☐ etwas später, mit _____ ☐ etwas früher, mit _____

Wie spricht Ihr Kind?
☐ in einzelnen Wörtern ☐ kurze Sätze mit falscher Grammatik
☐ lange Sätze mit falscher Grammatik ☐ meist in richtigen Sätzen
☐ hat Schwierigkeiten, folgende Laute auszusprechen: _____

Kann Ihr Kind schon viele Gegenstände richtig benennen?
☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

Wie würden Sie den Wortschatz einschätzen?
☐ gut entwickelt ☐ ausreichend ☐ eher gering

Soziale Entwicklung / Sozialverhalten

Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern / in der Gruppe zurecht?
☐ spielt gerne mit anderen ☐ kann sich durchsetzen
☐ spielt lieber allein ☐ möchte immer der Chef sein
☐ hat viele Freunde ☐ wird oft geärgert
☐ hat oft Streit ☐ kann Konflikte friedlich lösen
☐ neigt zu Wutausbrüchen ☐ benötigt bei Streit die Hilfe der Erwachsenen
☐ 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 Diagnostik und Therapien:

- ☐ Diagnostik beim Kinder- und Jugendpsychiater
- ☐ Diagnostik in einer klinischen Einrichtung (Kinderzentrum, kbo…)
- ☐ Kontakt zum Jugendamt
- ☐ Kontakt zu einer Beratungsstelle
- ☐ Betreuung durch Frühförderstelle
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Logotherapie
- ☐ Heilpädagogik
- ☐ Physiotherapie
- ☐ Rückstellung vom Schulbesuch
- ☐ Besuch einer heilpädagogischen Einrichtung
- ☐ Integrationsplatz im Kindergarten
- ☐ Betreuung durch mobile sonderpädagogische Hilfe (msH)
- ☐ Sonstiges: _____

Weitere wichtige Informationen:

_____

_____

_____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: