|  |
| --- |
| **Eingangsdiagnostik I** Anamnesebogen |
| Liebe Eltern, damit wir Ihr Kind und Sie gut unterstützen können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie die Fragen schriftlich oder kreuzen Sie an entsprechender Stelle an.Bitte machen Sie sich keinen Stress – gerne können wir Sie dabei unterstützen. |
| Name, Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geburtsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße, Hausnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Wohnort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Diagnose(n) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Schwangerschaft und Geburt** |
| Gab es Komplikationen und/ oder Belastungen während der Schwangerschaft?  |
| [ ] Nein | [ ] Ja, folgende: |  |
|  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |
| Gab es eine frühere Schwangerschaft und hierbei weitere Besonderheiten? |
| [ ] Nein | [ ] Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| War es eine Geburt zum geplanten Termin? Komplikationen bei der Geburt? |
| [ ] Nein | [ ] Ja, folgende: |  |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Säuglings- und Babyzeit** |
| Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben? (Mehrfachantworten sind möglich.) |
| [ ] ausgeglichen | [ ]  zufrieden | [ ]  lebhaft | [ ]  freundlich |
| [ ]  leicht ermüdbar | [ ]  leicht erregbar | [ ]  sehr ruhig | [ ]  ängstlich |
| [ ]  schrie/ schreit viel | [ ]  auffällig |  |  |
| Wie ist / war das Schlafverhalten Ihres Kindes? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gibt / gab es Schlafprobleme? |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zeigt(e) ihr Kind Folgendes: (Mehrfachantworten möglich)  |
| [ ]  Lächeln | [ ]  Schmusen | [ ]  Plappern | [ ]  „Guck guck da“ |
| [ ]  „Fremdeln“ | Erstes Wort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Wie sind die Erinnerungen an die Babyjahre? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Bindungsgeschichte** |
| Gab oder gibt es Folgendes: |
| Regulationsschwierigkeiten? |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Lebensbedrohliche Krankheiten? |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nachgeburtliche Klinikaufenthalte?  |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gibt / Gab es Trennungen von Bezugspersonen?  |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gibt / Gab es Wechsel von Bezugspersonen?  |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gibt / Gab es Besonderheiten im Kontakt zum Kind? |
| [ ]  Nein |  [ ] Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Sensomotorik**  |
| Womit spielt Ihr Kind gerne? Welche Spiele und Spielzeuge benutzt es? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nimmt es gerne Dinge in den Mund?  |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gibt es Über- oder Unterempfindlichkeiten? |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mag es bestimmte Nahrungsmittel nicht?  |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wie ist der Wortschatz Ihres Kindes? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wie ist die Sprechmelodie und Betonung?  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bitte kreuzen Sie an: |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Reagiert auf ein „Nein“ oder auf ein „Komm“; „Hol“; „Zeig“: | [ ]  | [ ]  |
| Redet beim Spielen: | [ ]  | [ ]  |
| Spricht noch in Babysprache: | [ ]  | [ ]  |
| Gibt es Fehler auch bei einfachen Sätzen: | [ ]  | [ ]  |
| Verwendet viel "und dann": | [ ]  | [ ]  |
| Spricht in korrekten Sätzen: | [ ]  | [ ]  |
| Sehr leise, laute, raue, dünne Stimme: | [ ]  | [ ]  |
| Redet sehr schnell: | [ ]  | [ ]  |
| Spricht undeutlich oder unverständlich: | [ ]  | [ ]  |
| Verschluckt Silben und Wörter: | [ ]  | [ ]  |
| Stottern: | [ ]  | [ ]  |
| Anfängliche Sprache ging verloren: | [ ]  | [ ]  |
| Spricht viel, wenig, gibt schnell auf: | [ ]  | [ ]  |
| Erzählt von Erlebnissen: | [ ]  | [ ]  |
| Freude an Bilderbüchern, Reimen, Wortspielen, am Vorlesen, an Hör-CDs: | [ ]  | [ ]  |
| Mehrsprachiges AufwachsenWenn ja, welche Sprachen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  | [ ]  |
| Deutsch als Zweitsprache | [ ]  | [ ]  |

 |
| **Kognition / Interaktion / Verhalten** |
| Zeigt Ihr Kind folgende Dinge? (Mehrfachantworten sind möglich.) |
| [ ]  Intensives Anschauen | [ ]  Freudige Reaktion auf Ansprache |
| [ ]  Ablenkbarkeit | [ ]  gute Konzentration auf eine Tätigkeit |
| [ ]  Interesse an Menschen | [ ]  Interesse an Neuem |
| [ ]  Welche der folgenden Dinge macht Ihr Kind? |
| [ ]  Exploration mit Mund und / oder Händen | [ ]  Klopfen mit Gegenständen |
| [ ]  Schütteln von Gegenständen | [ ]  Drehen von Gegenständen |
| [ ]  Turm bauen | [ ]  Erforscht die Umgebung |
| [ ]  Ist neugierig | [ ]  Malen |
| [ ]  Zählen | [ ]  Kennt Tage |
| [ ]  Kennt Tagesablauf | [ ]  Hat moralische Vorstellungen von „richtig“ oder „falsch“ |
| Geht Ihr Kind folgenden Spielen nach?  |
| [ ]  "Suppe machen" | [ ]  "Kuchen backen" |
| [ ]  detaillierte Rollenspiele mit anderen Kindern | [ ]  gemeinsames Anschauen und Zeigen |
| Was sind die Spielinteressen und Lieblingsspiele Ihres Kindes? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mithilfe im Haushalt? Handwerkliches? Technisches? Medien? Kurse? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ist Ihr Kind sich viel selbst überlassen oder zieht es sich selbst zurück? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gibt es einen Fernsehen? |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, in folgendem Zimmer: |  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Soziale und emotionale Entwicklung**  |
| Wie ist die Grundstimmung Ihres Kindes?  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ist Ihr Kind leicht ermüdbar / leicht erregbar? Wie beruhigt es sich? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Nutzt Ihr Kind Mimik? Lächelt es? Hat es eine freundliche Ausstrahlung? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hat es Interesse an Schmusen, Guck-guck da, Geben-Nehmen-Spielen? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Unterscheidet es zwischen Personen, die fremd oder vertraut sind? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Erledigt es kleine Botengänge? Äußert es Wünsche? Fragt es nach Dingen oder bittet es um Hilfe? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Hilft ihr Kind gerne? Ahmt es Erwachsene nach? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kann Ihr Kind warten, teilen, erster sein, jmd. Etwas wegnehmen, Mitgefühl zeigen? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Spielt Ihr Kind wenig oder kaum, bzw. fallen Ihnen Besonderheiten auf? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Spielt es mit anderen Kindern? Hat es eine Spielgruppe? Hat es Freunde?  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kann es mit anderen Kindern kooperieren?  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geht es zu jedem hin?  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bemerkt es, wenn jemand den Raum betritt? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Reagiert es auf Ansprache? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zeigt Ihr Kind folgende Zeichen: (Mehrfachantworten möglich) |
| [ ]  Weinen | [ ]  Schreien | [ ]  Beißen | [ ]  Schlagen |
| [ ]  Schimpfwörter | [ ]  Einnässen | [ ]  Einkoten | [ ]  Haare reißen |
| [ ]  Tics | [ ]  Selbstverletzung | [ ]  Stehlen | [ ]  Keine Sprache |
| [ ]  Sonstiges: | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | [ ]  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |
| **Selbständigkeit** |
| Welches der folgenden Dinge trifft auf Ihr Kind zu? |
| [ ]  Trinkt aus der Flasche. | [ ]  Flasche nachts |
| [ ]  Nimmt Schnuller. | [ ]  Windeln tagsüber |
| [ ]  Windeln nachts | [ ]  |
| Meldet sich zur Toilette seit: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| In der Regel sauber seit wann? | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |
| [ ]  Alleine Waschen | [ ]  Aus- und Anziehen |
| [ ]  Hände waschen | [ ]  Zähne putzen |
|  |  |
| [ ]  Mithilfe im Haushalt | [ ]  Aufräumen |
| [ ]  Brot streichen | [ ]  essen |
| [ ]  Frühstück machen | [ ]  Essen zubereiten |
|  |  |  |  |
| [ ]  Geht / fährt alleine zu jemanden. | [ ]  Bleibt ohne die Eltern (über Nacht) bei jemandem. |
|  |  |
| [ ]  Kennt sich in der Wohnung aus. | [ ]  Kennt sich in der Umgebung aus. |
| [ ]  Kennt sich im Kindergarten aus. | [ ]  Kennt sich in der Schule aus. |
| **Erziehung** |
| Wie ist die Betreuungssituation? Wer verbringt am meisten Zeit mit dem Kind? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mit wem ist das Kind gerne zusammen? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Mit wem ist das Kind nicht gerne zusammen? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wer ist noch an der Erziehung beteiligt? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Familiäre Situation** |
| Familienstand und Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:  |
| [ ]  zusammenlebend | [ ]  getrennt bzw. geschieden | [ ]  nie zusammengelebt |
| Gibt es Geschwister? Wenn ja, wie viele / wie alt / Schwester und / oder Bruder? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wer lebt im Haushalt? (Kreuzen Sie Zutreffendes an.) |
| [ ]  leibliche Eltern | [ ]  Mutter (Stief- oder Pflegemutter) |
| [ ] Mutter mit Partner\*in | [ ]  Vater (Stief- oder Pflegevater) |
| [ ]  Vater mit Partner\*in | [ ]  Geschwister, wenn ja, wie viele,+ Alter: |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| [ ]  Tiere | [ ]  Sonstige: |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kind lebt in  |
| [ ]  einem Haushalt | [ ]  zwei Haushalten |
| [ ]  Kurzzeitpflege | [ ]  Pflegefamilie |
| [ ]  Adoptivfamilie | [ ]  Heim |
| Wie empfinden Sie Ihr Familienklima?  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Lebenssituation / soziale Situation** |
| Welchen Beruf haben die Eltern? |
| Mutter:  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Vater:  | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wie wohnen Sie? |
| [ ]  Ein-Zimmer-Wohnung | [ ]  Haus  |
| [ ]  Notunterkunft  | [ ]  Wohnheim |
| Gibt es einen Migrationshintergrund? |
| [ ]  Ja | [ ]  Nein | Nationalität: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |
| Wie ist Ihr familiäres und soziales Netz? Haben / nutzen Sie:  |
| [ ]  Kontakt zur engen und erweiterten Verwandtschaft |
| [ ]  Kontakt zur Nachbarschaft | [ ]  Babygruppe |
| [ ]  Spielgruppe | [ ]  Eltern-Kind-Gruppe |
| Professionelle Hilfen:  |
| [ ]  Kurzzeitpflege | [ ]  Erziehungsberatung |
| [ ]  Familienentlastender Dienst | [ ]  Familienhilfe |
| [ ]  Ergotherapie | [ ]  Logopädie |
| [ ]  Physiotherapie | [ ]  Selbsthilfegruppe |
| [ ] Psycholog\*in | [ ]  Psychotherapeut\*in |
| **Ressourcen und Belastungen der Familie** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Gibt es chronische oder andere Krankheiten in der Familie oder psychische Erkrankungen? | [ ]  | [ ]  |
| Besteht eine Pflegebedürftigkeit? | [ ]  | [ ]  |
| Gibt es Einschränkungen? | [ ]  | [ ]  |
| Besteht eine aktuell belastende Lebenssituation? | [ ]  | [ ]  |
| Gibt es andere therapeutische Maßnahmen? Wenn ja, welche: | [ ]  | [ ]  |
| Gibt es eine Berufstätigkeit der Eltern?Wenn ja, wer arbeitet? | [ ]  | [ ]  |

 |
| **Kindergarten / Schule** |
| Wer bringt und holt das Kind ab? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wie oft besucht Ihr Kind den Kindergarten? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gab es ein Wechsel des Kindergartens oder der Gruppe? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Wie ist der Kontakt mit dem Kindergarten und den Erzieher\*innen? Gibt es hier ein Anliegen? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Konzept und Ausstattung: |
| [ ]  offenes Konzept | [ ]  festgelegte Gruppen |
| [ ]  Sonstiges: | [ ]  Schulform und Klasse: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Weitere Aktivitäten neben dem Kindergarten / der Schule? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bitte kreuzen Sie an: |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Hat das Kind eine Bezugsperson? | [ ]  | [ ]  |
| Kennen Erzieher\*innen / Lehrkräfte das Kind gut?  | [ ]  | [ ]  |
| Mag Ihr Kind die Bezugspersonen? | [ ]  | [ ]  |
| Besucht Ihr Kind gerne den Kindergarten / die Schule?  | [ ]  | [ ]  |
| Ist es von einigen, von vielen Situationen überfordert?  | [ ]  | [ ]  |
| Ist Ihr Kind im Kindergarten / in der Schule gelangweilt?  | [ ]  | [ ]  |
| Hat Ihr Kind Freunde im Kindergarten / in der Schule?  | [ ]  | [ ]  |
| Hat es eine Sonderrolle? | [ ]  | [ ]  |
| Wird es als Spielpartner\*in gewählt?  | [ ]  | [ ]  |
| Kann es Kontakt zu anderen Kindern aufnehmen? | [ ]  | [ ]  |
| Kann es die eigene Meinung und eigene Wünsche einbringen?  | [ ]  | [ ]  |
| Kann es streiten? | [ ]  | [ ]  |

 |
| **Medizinische Besonderheiten** |
| Ist Ihr Kind aktuell krank und/oder häufig beim Arzt?  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gibt es häufige Klinikaufenthalte? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gab / Gibt es: |  |  |  |
| [ ]  Kinderkrankheiten | [ ]  Chronische Krankheiten  |
| [ ]  Allergien | [ ]  Epilepsie |
| [ ]  Neurodermitis  | [ ]  Stürze |
| [ ]  Unfälle | [ ]  Verletzungen |
| Wie ist das Seh- und Hörvermögen Ihres Kindes? Nutzt es eine Brille oder ein Hörgerät? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ist Folgendes vorhanden?  |
| [ ]  Zähne | [ ]  Fehlbildungen im Lippen- Kiefer- und/ oder Gaumenbereich |
| [ ]  Schluckschwierigkeiten |  |
| Nutzt Ihr Kind Hilfsmittel zur Bewegung oder Kommunikation? |
| [ ]  Nein | [ ]  Ja, folgende:  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Sonstiges: |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Was wünschen Sie sich für Ihr Kind? |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Vielen Dank für Ihre Mühe! Wir freuen uns, Sie und Ihr Kind bald persönlich kennenzulernen!

Ihr Team der heilpädagogischen Praxis