

Eingangsdiagnostik I Anamnesebogen

Liebe Eltern,

damit wir Sie und Ihr Kind 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: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Diagnose(n): _____

Gab es Komplikationen und/ oder Belastungen während der Schwangerschaft?

- Nein
 Ja, folgende:

Gab es eine frühere Schwangerschaft und hierbei weitere Besonderheiten?

- Nein
 Ja, folgende:

War es eine Geburt zum geplanten Termin? Komplikationen bei der Geburt?

- Nein
 Ja, folgende:

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
 schrill
 auffällig

Wie ist das Schlafverhalten Ihres Kindes?

Gibt es Schlafprobleme?

- Nein

Ja, folgende:

Zeigt(e) ihr Kind Folgendes: (Mehrfachantworten möglich)

- Lächeln
- Schmusen
- Plappern
- „Guck guck da“
- „Fremdeln“
- Erstes Wort:

Wie sind die Erinnerungen an die Babyjahre?

Bindungsgeschichte

Gab oder gibt es Folgendes:
Regulationsschwierigkeiten?

- Nein
- Ja, folgende:

Lebensbedrohliche Krankheiten?

- Nein
- Ja, folgende:

Nachgeburtliche Klinikaufenthalte?

- Nein
- Ja, folgende:

Gibt/ Gab es Trennungen von Bezugspersonen?

- Nein
- Ja, folgende:

Gibt /Gab es Wechsel von Bezugspersonen?

- Nein
 Ja, folgende:

Gibt/ Gab es Besonderheiten im Kontakt zum Kind?

- Nein
 Ja, folgende:

Sensomotorik

Womit spielt Ihr Kind gerne? Welche Spiele und Spielzeuge benutzt es?

Nimmt es gerne Dinge in den Mund?

- Nein
 Ja, folgende:

Gibt es Über- oder Unterempfindlichkeiten?

- Nein
 Ja, folgende:

Mag es bestimmte Nahrungsmittel nicht?

- Nein
 Ja, folgende:

Sprache

Nutzt ihr Kind folgende Möglichkeiten zur Kommunikation? (Mehrfachantworten sind möglich)

- Einzelne Laute
- Plaudern
- Wann und wie?
- Erstes Wort
- Zweiwortsätze

Wie ist der Wortschatz Ihres Kindes?

Wie ist die Sprechmelodie und Betonung?

Bitte kreuzen Sie an:

	Ja	Nein
Reagiert auf ein „Nein“ oder auf ein „Komm“; „Hol“; „Zeig“:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redet beim Spielen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht noch in Babysprache:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Fehler auch bei einfachen Sätzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwendet viel "und dann":	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht in korrekten Sätzen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr leise, laute, raue, dünne Stimme:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redet sehr schnell:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht undeutlich oder unverständlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschluckt Silben und Wörter:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottern:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anfängliche Sprache ging verloren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht viel, wenig, gibt schnell auf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erzählt von Erlebnissen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freude an Bilderbüchern, Reimen, Wortspielen, am Vorlesen, an Hör-CDs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrsprachiges Aufwachsen Wenn ja, welche Sprachen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsch als Zweitsprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
- 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?

Mithilfe im Haushalt? Handwerkliches? Technisches? Medien? Kurse?

Ist Ihr Kind sich viel selbst überlassen?

Gibt es einen Fernseher?

Nein

Ja, in folgendem Zimmer:

Soziale und emotionale Entwicklung

Wie ist die Grundstimmung Ihres Kindes?

Ist Ihr Kind leicht ermüdbar / leicht erregbar? Wie beruhigt es sich?

Nutzt Ihr Kind Mimik? Lächelt es? Hat es eine freundliche Ausstrahlung?

Hat es Interesse an Schmusen, Guck-guck da, Geben-Nehmen-Spielen?

Unterscheidet es zwischen Personen, die fremd oder vertraut sind?

Erledigt es kleine Botengänge? Äußert es Wünsche? Fragt es nach Dingen oder bittet es um Hilfe?

Hilft ihr Kind gerne? Ahmt es Erwachsene nach?

Kann Ihr Kind warten, teilen, erster sein, jmd. Etwas wegnehmen, Mitgefühl zeigen?

Spielt es mit anderen Kindern? Hat es eine Spielgruppe? Hat es Freunde?

Kann es mit anderen Kindern kooperieren?

Geht es zu jedem hin?

Bemerkt es, wenn jemand den Raum betritt?

Reagiert es auf Ansprache?

Zeigt Ihr Kind folgende Zeichen: (Mehrfachantworten möglich)

- Weinen
- Schreien
- Beißen
- Schlagen
- Schimpfwörter
- Einnässen
- Einkoten
- Haare reißen
- Tics
- wiederholende Verhaltensweisen
- Selbstverletzung
- Stehlen
- Keine Sprache
- Sonstiges:

Selbständigkeit

Welches der folgenden Dinge trifft auf Ihr Kind zu?

- Trinkt aus der Flasche
- Flasche nachts
- Nimmt Schnuller
- Windeln tagsüber
- Windeln nachts
- Geht alleine auf die Toilette.
- Meldet sich zur Toilette seit:
- In der Regel sauber seit wann?

- 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?

Mit wem ist das Kind gerne zusammen?

Mit wem ist das Kind nicht gerne zusammen?

Wer ist noch an der Erziehung beteiligt?

Familiäre Situation

Familienstand und Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

- zusammenlebend
- getrennt bzw. geschieden
-

Gibt es Geschwister? Wenn ja, wie viele / wie alt / Schwester und / oder Bruder?

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:

- mehrere Generationen, wenn ja, wer:

- Tiere
- Sonstige:

Kind lebt in

- einem Haushalt
- zwei Haushalten
- Kurzzeitpflege
- Pflegefamilie
- Adoptivfamilie
- Heim

Wie empfinden Sie Ihr Familienklima?

Lebenssituation / soziale Situation

Welchen Beruf haben die Eltern?

Mutter:

Vater:

Wie wohnen Sie?

- Mehrzimmer-Wohnung
- Haus
- Notunterkunft
- Wohnheim

Gibt es einen Migrationshintergrund?

- Ja
- Nein

Nationalität:

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Pflegebedürftigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Einschränkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine aktuell belastende Lebenssituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es andere therapeutische Maßnahmen? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es eine Berufstätigkeit der Eltern? Wenn ja, wer arbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kindergarten / Schule

Wer bringt und holt das Kind ab?

Wie oft besucht Ihr Kind den Kindergarten / die Schule?

Gab es ein Wechsel des Kindergartens oder der Gruppe / der Klasse?

Wie ist der Kontakt mit dem Kindergarten und den Erzieher*innen / den Lehrkräften? Gibt es hier ein Anliegen?

Konzept und Ausstattung / Schulform:

- offenes Konzept
- festgelegte Gruppen

- Schulform und Klasse:

Weitere Aktivitäten neben dem Kindergarten / neben der Schule?

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?

Gibt es häufige Klinikaufenthalte?

Gab / Gibt es:

- Kinderkrankheiten
- Chronische Krankheiten
- Allergien
- Asthma
- Epilepsie
- Neurodermitis
- Stürze
- Unfälle
- Verletzungen
- Operationen

Wie ist das Seh- und Hörvermögen Ihres Kindes? Nutzt es eine Brille oder ein Hörgerät?

Ist Folgendes vorhanden?

- Zähne
- Fehlbildungen im Lippen- Kiefer- und/ oder Gaumenbereich
- Schluckschwierigkeiten

Nutzt Ihr Kind Hilfsmittel zur Bewegung oder Kommunikation?

- Nein
- Ja, folgende:

Was wünschen Sie sich für Ihr Kind?

Sonstiges:

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

Ihr Team der heilpädagogischen Praxis