Anamnese

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

Vorgeschichte



|  |  |
| --- | --- |
| Schwangerschaft und Geburt? | * Unauffällig * Komplikationen |
| Wurde Ihr Kind gestillt? | * Nein * 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? | * nein * 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?  Kann es / ab wann konnte es sitzen, krabbeln, stehen, laufen |  |
| Welches sind die wichtigen Bezugspersonen für Ihr Kind? Wer betreut das Kind? |  |
| Gab es besondere Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren? |  |
| Welche Maßnahmen haben Sie bisher in Anspruch genommen, um die Entwicklung Ihres Kindes zu unterstützen? | * 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)? | * nein * ja, mit ca……………Monaten |
| Ahmte Ihr Kind Laute nach (tutu, miau)? | * nein * ja, mit ca……………Monaten |
| Was waren die ersten Wörter Ihres Kindes? |  |
| Sprach Ihr Kind an seinem 2. Geburtstag 10 Wörter (außer Mama und Papa), die auch Außenstehende verstehen konnten? | * Ja * 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? | * Gesten * Sprache * beides * ……………… |
| 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? | * 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? |  |
| Wie geht Ihr Kind mit Frust, Stress, Konflikten…um?  (sprechen, schreien, schlagen, weglaufen, Rückzug…..) |  |
| 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:   * regelmäßig * unregelmäßig |
| Wie lange geht Ihr Kind in den Kindergarten? | * Ganztags (von\_\_bis \_\_\_\_\_) * Halbtags * 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 09/21