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 besondereKrankheiten/ 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