



## Anamnesebogen für Eltern-Allgemein

ausgefüllt am ..... von .....

Liebe Eltern! Die folgenden Angaben, um die wir Sie bitten, sind freiwillig. Das Beantworten der nachstehenden Fragen erleichtert uns jedoch die Vorbereitung und Planung der Diagnostik. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Bitte kennzeichnen Sie ggf. Informationen, die nicht im Arztbrief erscheinen sollen oder besprechen Sie dies mit dem betreuenden SPZ-Arzt.

### Angaben zum Kind

Vor- und Zuname .....  
 geboren am ..... in (Geburtsort) .....  
 Anschrift der Familie .....

### Angaben zu den Erziehungsberechtigten

|   | <i>Mutter</i> | <i>Vater</i> |
|---|---------------|--------------|
| Vor- und Zuname   | .....         | .....        |
| geboren am  | .....         | .....        |
| Staatsangehörigkeit/Herkunft  | .....         | .....        |
| Festnetz  | .....         | .....        |
| Mobil   | .....         | .....        |
| <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |               |              |

### Angaben zum Sorgerecht

gemeinsame elterliche Sorge  
 alleinige elterliche Sorge       Mutter       Vater  
 andere .....

### Auftrag/Anliegen

**Was ist der Grund für die Vorstellung Ihres Kindes bei uns?**  
*Beschwerden, Probleme, Auffälligkeiten, Behinderung*

.....

.....

.....

.....



**In welchem Bereich und seit wann bestehen die Störungen bzw. Auffälligkeiten?**

- Körperbeherrschung / Bewegung----- \_\_\_\_\_
- geistige Entwicklung \_\_\_\_\_
- Sprache \_\_\_\_\_
- Hör- und Sehvermögen \_\_\_\_\_
- Wachstum/Körperbau(Fehlbildungen) \_\_\_\_\_
- familiäre Probleme \_\_\_\_\_
- epileptische Anfälle \_\_\_\_\_
- Ernährung \_\_\_\_\_
- Verhalten \_\_\_\_\_
- Erziehung \_\_\_\_\_
- Schulleistungen \_\_\_\_\_
- andere \_\_\_\_\_

**Welche Hilfen wünschen Sie?**

---



---

**War Ihr Kind bereits in entwicklungsneurologischer oder psychologischer Betreuung?**

- nein \_\_\_\_\_
- ja \_\_\_\_\_
- in einem anderen SPZ - \_\_\_\_\_
- Kinder-& Jugendpsychiater \_\_\_\_\_
- (Schul)-Psychologe \_\_\_\_\_
- andere - \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie vorliegende Berichte und Befunde mit, soweit vorhanden.

**Nutzen Sie / Ihre Familie eine der folgenden Unterstützungsmöglichkeiten?**

- nein
- ja, folgende
  - familienentlastender Dienst
  - sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)
  - Unterstützung Jugendamt
  - Koki
  - sonstiges
  - häusliche Krankenpflege
  - Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe
  - Erziehungsberatungsstelle
  - Harlekin/Nachsorge

**Vorgeschichte / Allgemeines**

**Schwangerschaft und Geburt**

- Hatten Sie Fehlgeburten/Totgeburten?**  nein
- ja, wann und wie viele \_\_\_\_\_

- Haben Sie reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch genommen?**  nein
- ja, Folgende (z. B. ICSI, IVF)
- \_\_\_\_\_

- Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?**  nein
- Blutungen
  - Bluthochdruck
  - wenig Kindsbewegungen
  - seelische Belastung, beruflicher Stress
  - Fruchtwasser zu viel/zu wenig
  - Bestrahlung/Röntgen
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Medikamente \_\_\_\_\_
- Unfälle, Operationen
  - vorzeitige Wehen
  - schweres Erbrechen
  - fieberhafte Erkrankung
  - Alkohol, Zigaretten, Drogen
  - Diabetes (Zucker)
  - Sonstige \_\_\_\_\_

**In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?** \_\_\_\_\_SSW

- Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?**  nein
- Kaiserschnitt (Sectio)
  - Saugglocke / Zange
  - Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne
  - besonders lange Geburt
  - andere \_\_\_\_\_
- Beckenendlage
  - Mehrlingsgeburt
  - grünes Fruchtwasser
  - besonders schnelle Geburt

## Neugeborenenperiode / Säuglingszeit

(siehe U1 bzw. für den Kopfumfang evtl. U2 im gelben Vorsorgeheft)

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g      Länge \_\_\_\_\_ cm      Kopfumfang  
\_\_\_\_\_ cm

APGAR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Nabelschnur-pH \_\_\_\_\_

**Gab es in den ersten Lebenstagen Probleme?** nein

wenn ja, welche?

---

---

**Machte Ihnen in den ersten Lebensmonaten Sorgen?** nein

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bewegungsarmut                      | <input type="checkbox"/> häufiges Spucken / Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Ein- und Durchschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Koliken / Bauchprobleme      |
| <input type="checkbox"/> Schiefhaltung / Asymmetrien         | <input type="checkbox"/> Trinkschwäche                |
| <input type="checkbox"/> Anfälle                             | <input type="checkbox"/> häufiges Verschlucken        |
| <input type="checkbox"/> Schreckhaftigkeit                   | <input type="checkbox"/> Unruhe / vermehrtes Schreien |
| <input type="checkbox"/> andere _____                        |   |

**Wurde Ihr Kind gestillt?** nein

wenn ja, wie lange? Insgesamt \_\_\_\_\_ (Monate/Jahre) voll, davon \_\_\_\_\_ (Monate/Jahre) teilgestillt.

**War das Kind längere Zeit von der Mutter getrennt?** nein      ja, \_\_\_\_\_

**Welche Bezugspersonen hatte das Kind in den ersten beiden Lebensjahren?**

---

---

**Welche Bezugspersonen hat das Kind jetzt?**

---

---

**Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?**  nein

wenn ja, welche? (*Schlucken, Saugen, Kauen, Speichelfluss*) \_\_\_\_\_

---

**Erhielt Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten Vitamin D?**  nein  ja

**Ist Ihr Kind nach Plan (gemäß STIKO) geimpft?**  nein  ja

**Gab es besondere Reaktionen auf die Impfungen?**  nein

wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

---

## Entwicklung

**In welchem Alter hat Ihr Kind die folgenden Entwicklungsschritte erreicht und gab es dabei Besonderheiten?**

- Krabbeln \_\_\_\_\_
- Hochziehen zum Stand \_\_\_\_\_
- erste freie Schritte \_\_\_\_\_
- erste Wörter \_\_\_\_\_
- erste Sätze \_\_\_\_\_
- keine Windel am Tag \_\_\_\_\_
- keine Windel in der Nacht \_\_\_\_\_
- Fahrradfahren \_\_\_\_\_
- Schwimmen \_\_\_\_\_

## Ernährung

**Gibt es Auffälligkeiten im Ernährungsverhalten oder bei der Verdauung?**  nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

## Schlaf

**Schlafenzeiten an Wochentagen** von \_\_\_Uhr bis \_\_\_Uhr

**Bestehen Einschlafprobleme?** nein ja

**Bestehen Durchschlafprobleme?** nein ja

**Treten im Schlaf Auffälligkeiten auf?** nein

wenn ja, welche? Schnarchen Knirschen  
 Sonstige \_\_\_\_\_

**Nässt Ihr Kind ein?** nein ja

**Wo schläft Ihr Kind?** eigenes Bett eigenes Zimmer  
 bei den Eltern bei den Geschwistern  
 bei anderen \_\_\_\_\_

## Krankenvorgeschichte

**Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?** nein

wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?** nein

| Name des Medikaments | Dosis (mg) | Dosierung (z.B. 3x1) | Seit wann? |
|----------------------|------------|----------------------|------------|
|                      |            |                      |            |
|                      |            |                      |            |
|                      |            |                      |            |

**Hat Ihr Kind Hilfsmittel?** nein

Rollstuhl Brille Orthesen/Schienen Hörgerät  
 andere

## Therapien

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien?  nein

|                                 | Seit bzw. von .. bis.. | Wie oft? | Wegen? | Wo? |
|---------------------------------|------------------------|----------|--------|-----|
| Physiotherapie                  |                        |          |        |     |
| Ergotherapie                    |                        |          |        |     |
| Logopädie                       |                        |          |        |     |
| Heilpädagogik                   |                        |          |        |     |
| Frühförderung                   |                        |          |        |     |
| Psychotherapie<br>Spieltherapie |                        |          |        |     |
| andere:                         |                        |          |        |     |

## Bisherige Diagnostik

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

|           | Name | Praxisort | Wann? | Befund |
|-----------|------|-----------|-------|--------|
| HNO-Arzt  |      |           |       |        |
| Augenarzt |      |           |       |        |
| EEG       |      |           |       |        |
| MRT/CT    |      |           |       |        |
| Röntgen   |      |           |       |        |
| andere:   |      |           |       |        |

## Kindergarten- und Schulbesuch

Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

- Kinderkrippe im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren bis von \_\_\_\_\_ Jahren  
 Kindergarten im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren bis von \_\_\_\_\_ Jahren  
      Regelkindergarten                       Integrativplatz  
      Heilpädagogischer Kindergarten  
      anderer \_\_\_\_\_  
 Grundschule ab dem Alter von \_\_\_\_\_ Jahren  
      Regelgrundschule                       Förderzentrum \_\_\_\_\_  
 weiterführende Schule  
      Gymnasium     Realschule     Mittelschule     Förderzentrum

Welche Klasse und Schule besucht Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_

Wurde eine Klasse wiederholt?     nein            wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Erhält oder erhielt Ihr Kind Unterstützung in der Schule oder im Kindergarten?  nein

- mobile sonderpädagogische Hilfe (msH)                       Schulbegleiter  
 mobiler sonderpädagogischer Dienst (MSD)                       Schulpsychologe  
 andere \_\_\_\_\_

## Hausaufgabensituation

Wie lange benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

Wo fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an?                       zu Hause     Mittagsbetreuung/Hort

Wie fertigt Ihr Kind die Hausaufgaben an?                       alleine             (teilw) mit Unterstützung

Gibt es Probleme mit den Hausaufgaben?                       nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Spiel und Verhalten

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne?

---

---

Welche Interessen hat Ihr Kind (Sportarten, Hobbys, Freizeitaktivitäten)?

---

---

Wie hoch ist der Medienkonsum täglich (TV, Handy, Tablet)? \_\_\_\_\_ Std.,

Anmerkungen:

---

---

Gibt es Auffälligkeiten im emotionalen Bereich oder Sozialverhalten? nein

- |                                    |                                     |   |                                       |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> trotzig    | <input type="checkbox"/> aggressiv      | <input type="checkbox"/> unruhig      |
| <input type="checkbox"/> verträumt | <input type="checkbox"/> depressiv  | <input type="checkbox"/> unkonzentriert | <input type="checkbox"/> verschlossen |
| <input type="checkbox"/> traurig   | <input type="checkbox"/> kontaktarm | <input type="checkbox"/> impulsiv       |                                       |
| <input type="checkbox"/> andere    |                                     |   |                                       |

Hat Ihr Kind feste Freunde, mit denen es spielt?

---

---

Wie verhält sich Ihr Kind mit anderen Kindern?

---

---

Haben Sie weitere Anmerkungen zur emotionalen Situation Ihres Kindes?

---

---

## Stärken und Schwächen

Welche Schwächen / positive Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

---



---

Welche Schwächen / negative Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

---



---

## Angaben zur familiären Situation

|                    | Vater | Mutter |
|--------------------|-------|--------|
| Alter              |       |        |
| Schulabschluss     |       |        |
| erlernter Beruf    |       |        |
| aktuelle Tätigkeit |       |        |
| Vorerkrankungen    |       |        |

Sind die Eltern blutsverwandt? nein ja

|                 | Geschwisterkind | Geschwisterkind | Geschwisterkind |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Name            |                 |                 |                 |
| Alter (Jahre)   |                 |                 |                 |
| Schule          |                 |                 |                 |
| Vorerkrankungen |                 |                 |                 |

Wie schätzen Sie Ihre finanzielle Situation ein?

gut ausreichend nicht ausreichend

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen / Probleme, wie Sie bei Ihrem Kind vorliegen, in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? nein ja

**Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren / weiteren Familie aufgetreten?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle                | <input type="checkbox"/> verzögerte od. gestörte Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Autismus                     | <input type="checkbox"/> spastische oder andere Lähmungen          |
| <input type="checkbox"/> Missbildungen                | <input type="checkbox"/> geistiger Entwicklungsrückstand           |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung / Blindheit   | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung / Taubheit                 |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Ekzem / Nesselsucht | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen                   |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> andere                                    |

Nähere Angaben dazu:

---

**Welche besonderen Belastungen gab oder gibt es nach Ihrer Einschätzung im Leben Ihres Kindes?** z.B. *Mobbing, schwere Erkrankungen oder Tod eines Familienmitglieds, Trennung*

---

---

---

---

Bitte bringen Sie Folgendes zur Vorstellung mit

- Impfpass
- Gelbes U-Heft
- Vorbefunde
- Therapieberichte
- Versichertenkarte
- Überweisungsschein vom Kinderarzt

Falls Sie ein Anliegen haben, dass Sie nicht vor Ihrem Kind besprechen wollen, sprechen Sie unsere Ärzte und Therapeuten direkt darauf an.

***Vielen Dank für das Ausfüllen und Ihre Mithilfe!***