



## 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

*Mutter*

*Vater*

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit/Herkunft \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

☐ verheiratet   ☐ Lebensgemeinschaft   ☐ getrennt   ☐ geschieden   ☐ 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
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> familienentlastender Dienst             | <input type="checkbox"/> häusliche Krankenpflege              |
| <input type="checkbox"/> sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) | <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung Jugendamt                 | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle            |
| <input type="checkbox"/> Koki                                    | <input type="checkbox"/> Harlekin/Nachsorge                   |
| <input type="checkbox"/> sonstiges                               |   |

**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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen                               | <input type="checkbox"/> Unfälle, Operationen        |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                           | <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen            |
| <input type="checkbox"/> wenig Kindsbewegungen                   | <input type="checkbox"/> schweres Erbrechen          |
| <input type="checkbox"/> seelische Belastung, beruflicher Stress | <input type="checkbox"/> fieberhafte Erkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Fruchtwasser zu viel/zu wenig           | <input type="checkbox"/> Alkohol, Zigaretten, Drogen |
| <input type="checkbox"/> Bestrahlung/Röntgen                     | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker)           |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                  | <input type="checkbox"/> Sonstige _____              |
| <input type="checkbox"/> Medikamente _____                       |  |

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

**Gab es Besonderheiten oder Komplikationen bei der Geburt?** ☐ nein

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio)                  | <input type="checkbox"/> Beckenendlage             |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke / Zange                      | <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt           |
| <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten der kindlichen Herztöne | <input type="checkbox"/> grünes Fruchtwasser       |
| <input type="checkbox"/> besonders lange Geburt                  | <input type="checkbox"/> besonders schnelle Geburt |
| <input type="checkbox"/> andere _____                            |  |

### 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 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 Stärken / 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!***