

Gerhart- Hauptmann-Str. 1 ; 14513 Teltow
E-Mail: kontakt@logopaedie-seehof.de

Anamnesebogen Kinder

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur ersten logopädischen Therapie mit. Der Fragebogen ist für alle Kinder gleich und betrifft somit Kinder aus allen pädiatrischen Krankheitsbereichen.

Name, Vorname **des Kindes**

Geburtsdatum

Schildern Sie **den Grund Ihrer Vorstellung**

Wie machen sich die Probleme **im Alltag** bemerkbar? Was fällt schwer? **Seit wann** bestehen diese?

Gibt es bestehende **Grunderkrankungen**?

(z.B. der Knochen/des Skeletts; der Muskulatur/ des Herzens; der Augen/ der Ohren; Allergien/Neurodermitis; neurologische Erkrankungen; genetisch bedingt)

Gab es **Operationen** oder Krankenhausaufenthalte?

Benötigt ihr Kind **regelmäßig Medikamente** und Hilfsmittel?

(z.B. Hörgerät, Brille, Zahnspange, Schuheinlagen, Rollstuhl, Gehhilfen, Beatmungsgerät; Notfallspray?)

Haben oder hatte ihr Kind bereits eine **Therapie-/ Rehamaßnahme**? Ja Nein

Wenn ja, welche? Logopädie Ergotherapie Physiotherapie
 Frühförderung Psychotherapie

Wie lange? Seit wann?

In welcher **Familienkonstellation** lebt das Kind? (verheiratet/Lebenspartnerschaft, Patchworkfamilie, Adoptiveltern, Pflegefamilie, alleinerziehend Mutter/Vater, andere Konstellation)

Wer ist **sorgeberechtigt**?

Mit wie vielen Geschwistern lebt das Kind zusammen?

Sind die **Erziehungsberechtigen** berufstätig?

Ja

Nein

Welchen **Beruf** üben die Erziehungsberechtigen aus?

Wie ist die **Betreuung** geregelt? (Kita, Betreuung zu Hause, Hort...)

Wird zu Hause mehr als eine Sprache gesprochen? Wenn ja, welche?

Welche Sprachen spricht und versteht das Kind?

Sind in der Familie Sprach- Sprech- oder Hörstörungen bekannt? Wenn ja welche?

Vorgeschichte/ Kindliche Entwicklung

Gab es während der **Schwangerschaft** Komplikationen?

Wenn, ja welche?

Wie war die **Geburt** des Kindes? (normale Geburt, eingeleitet, Sturzgeburt, Kaiserschnitt, Zangengeburt, Glockengeburt, Mehrlingsgeburt)

Besteht eine **Hörstörung**?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Reagiert es auf **leise Geräusche**?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Wenn ja, wann und durch wen festgestellt?

Hat ihr Kind häufig **Infekte**?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Wenn, ja welche?

Schnarcht Ihr Kind?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Nahrungsaufnahme

Hat ihr Kind einen **Schnüller** benutzt?

Wenn, ja welche?

Nuckelt ihr Kind an **Daumen/ Lippe/Stoffe**, etc.?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Knirscht ihr Kind mit den Zähnen?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Beißt ihr Kind an den **Nägeln**?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Wurde ihr Kind **gestillt**?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Wenn, ja wie lange?

Gab es **Stillprobleme**?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Wenn, ja wie lange?

Wurde die **Flasche** gegeben?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Wenn, ja wie lange?

Hat ihr Kind Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Gab es Probleme bei der Umstellung auf **feste Nahrung**?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
--------------------------	----	--------------------------	------

Wenn, ja welche?

Zutreffend bitte Ankreuzen [X]

Als Kleinkind: sabberte es viel, spuckte oft, zeigte kein Sättigungsgefühl,
 zeigte kein Hungergefühl, behielt die Nahrung lange im Mund,
 schläng beim Essen

Mein Kind war ein: sehr ruhiges Kind, Schreikind, normales Kind,
 hatte 3-Monats-Koliken

Kann ihr Kind mit dem Löffel/ der Gabel bzw. dem Messer essen? Ja Nein

Ist ihr Kind in **Kieferorthopädischer Behandlung**? Ja Nein

Wie ist der aktuelle Stand?

Was isst ihr Kind am **liebsten**?

Werden breiige, weiche bzw. harte Lebensmittel gegessen? (Vor allem harte Dinge?)

Sprachentwicklung des Kindes

Hat ihr Kind **gelallt** oder **gebrabbelt**? Ja Nein

Hat ihr Kind viel und **oft geschrien**? Ja Nein

Wann hat ihr Kind das **erste Wort** gesagt?

Wann konnte ihr Kind **längere Sätze** (mehr als 2 Wörter) produzieren?

Kommentiert ihr Kind sein **Spiel sprachlich**? Ja Nein

Gibt es Rituale, wie gemeinsames Buch vorlesen? Ja Nein

Kann ihr Kind Dinge sortieren, z.B nach Farbe, Größe, Art (Apfel zu Obst) Ja Nein

Wie atmet ihr Kind tagsüber? durch die Nase durch den Mund

Wie atmet ihr Kind nachts? durch die Nase durch den Mund

Unterstützte Kommunikation

Werden Gebärden genutzt? Ja Nein; Wenn, ja welche?

Wird ein Talker genutzt? Ja Nein

Kann sich ihr Kind verständigen? Ja Nein

Körperhaltung, Motorik & Bewegungsverhalten

Mein Kind ist: Rechtshänder Linkshänder beidhändig umgeschult

Ist ihr Kind gerobbt? Ja Nein

Ist ihr Kind gekrabbelt? Ja Nein

Kann ihr Kind:

Fahrrad fahren? mit/ohne Stützräder? Ja Nein

Laufrad fahren? Ja Nein

Treppensteigen im Wechselschritt? Ja Nein

Schneiden? Ja Nein

Pinzettengriff Ja Nein

Schleife binden? Ja Nein

Reißverschlüsse schließen? Ja Nein

Was trifft zu? Bitte ankreuzen [X]

- Wenig Bewegung
- Motorische Unruhe (Zappeln, Rennen)
- Angst vor Schaukel, Karussell, Bewegung kopfüber
- Zehenspitzengang
- Kleidung kratzt
- Vermeidung von Körperkontakt
- Vermeidung von Schmutz/ bestimmte Oberflächen (vor allem an den Händen)
- Häufiges Hinfallen/ Anstoßen
- Lernt schwer neue motorische Muster (Fahrrad, Anziehen)
- Feinmotorik fällt schwer
- Suche nach intensiven Reizen
- Autoaggression
- Mangelndes Schmerzempfinden
- Weiteres: _____