

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-/ Rehamasnahme**? ☐ 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 **Erziehungsberechtigten** berufstätig? ☐ Ja ☐ Nein

Welchen **Beruf** üben die Erziehungsberechtigten 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**? ☐ Ja ☐ Nein

Reagiert es auf **leise Geräusche**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und durch wen festgestellt?

Hat ihr Kind häufig **Infekte**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn, ja welche?

**Schnarcht** Ihr Kind? ☐ Ja ☐ Nein

### **Nahrungsaufnahme**

Hat ihr Kind einen **Schnuller** benutzt? Wenn, ja welche?

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

**Knirscht** ihr Kind mit den Zähnen? ☐ Ja ☐ Nein

Beißt ihr Kind an den **Nägeln**? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde ihr Kind **gestillt**? ☐ Ja ☐ Nein Wenn, ja wie lange?

Gab es **Stillprobleme**? ☐ Ja ☐ Nein Wenn, ja wie lange?

Wurde die **Flasche** gegeben? ☐ Ja ☐ Nein Wenn, ja wie lange?

Hat ihr Kind Allergien/ Nahrungsmittelenverträglichkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Gab es Probleme bei der Umstellung auf **feste Nahrung**? ☐ Ja ☐ 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,  
☐ schlang 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? (Vorallem 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

Lauftrad 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 (vorallem an den Händen)

☐ Häufiges Hinfallen/ Anstoßen

☐ Lernt schwer neue motorische Muster (Fahrrad, Anziehen)

☐ Feinmotorik fällt schwer

☐ Suche nach intensiven Reizen

☐ Autoaggression

☐ Mangelndes Schmerzempfinden

☐ Weiteres: