

## Anamnese

\* zutreffendes ankreuzen

### Angaben zum Kind

Name ..... Vorname: ..... geb. am: .....  
Geburtsort: ..... Nationalität:  Deutsch  andere: .....  
Anschrift: .....

Sorgeberechtigte/n	1	2
Name	.....	.....
Vorname	.....	.....
Anschrift	.....	.....
Herkunftsland	.....	.....
Telefon	.....	.....

Kindergartenbesuch  nein  ja, seit wann .....  
Tagesmutter  nein  ja, seit wann .....  
Geschwister, Geschlecht, Geburtsjahr .....

Arzt des Kindes .....

### Schwangerschaft und Geburt

Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft .....

Besonderheiten bei der Geburt (z. B. Frühgeburt - welche Woche, Kaiserschnitt, Mehrlingsgeburt) .....

Geburtsgewicht: ..... Geburtslänge: .....

### Entwicklung des Kindes

freies Laufen mit ..... Monaten kleine Sätze sprechen mit ..... Monaten

### Hatte oder hat Ihr Kind (von/bis)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie .....  | <input type="checkbox"/> Sprachtherapie .....        | <input type="checkbox"/> Ergotherapie: ..... |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung .....   | <input type="checkbox"/> Integrative Betreuung ..... |  |
| <input type="checkbox"/> Hilfen z.B. Familienhilfe / Erziehungsberatung .....  |  |  |
| <input type="checkbox"/> schwere Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Operationen                 |  |
| <input type="checkbox"/> Unfälle / Knochenbrüche   | <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte      |  |
| <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Asthma                      |  |
| <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle               |  |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen / Allergien    |  |
| <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein, letzte Augenarztuntersg. .... | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen            |  |
| <input type="checkbox"/> Grad der Behinderung ..... <input type="checkbox"/> Merkzeichen .....                             | <input type="checkbox"/> Pflegegrad .....            |  |

Ist Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher und/oder psychologischer Betreuung?

Grund, Fachrichtung: .....

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....

Fallen Ihnen bei Ihrem Kind Besonderheiten auf? .....

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> häufig Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> wenig Ausdauer beim Spielen | <input type="checkbox"/> großer Bewegungsdrang               |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen       | <input type="checkbox"/> kann nicht zuhören          | <input type="checkbox"/> kann sich schlecht an Regeln halten |
| <input type="checkbox"/> Nägel knabbern        | <input type="checkbox"/> regt sich schnell auf       | <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit beim Malen       |
| <input type="checkbox"/> Einnässen             | <input type="checkbox"/> hat viel Angst              | <input type="checkbox"/> noch Sprachschwierigkeiten          |
| <input type="checkbox"/> Einkoten              | <input type="checkbox"/> ist schnell entmutigt       |  |

Datum ..... Unterschrift Sorgeberechtigte .....