



## Anamnesebogen Kind

Name, Vorname **des Kindes**: Geburtsdatum: Name, Vorname des **ausfüllenden Erziehungsberechtigten**:Schildern Sie bitte den **Grund Ihrer Vorstellung** bei uns:Wie machen sich die Sprach-, Sprech- oder Stimmprobleme **im Alltag** bemerkbar?**Wann** haben sich die Probleme zum ersten mal bemerkbar gemacht?Hat bereits eine **Therapie** (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) stattgefunden?  Ja  Nein

Wenn ja, welche, wie lange und in welchem Alter?

## Familienanamnese

In welcher **Familienkonstellation** lebt das Kind?

- verheiratet/Lebenspartnerschaft       Alleinerziehend mit der Mutter       Alleinerziehend mit Vater  
 Patchworkfamilie       Mehrgenerationenhaushalt       in Pflegefamilie  
 bei Adoptiveltern  
 andere Konstellation:

Wer ist **sorgeberechtigt**? Mit wie vielen Geschwistern lebt das Kind zusammen und wie alt sind diese? Sind die **Erziehungsberechtigten** berufstätig?  Ja  NeinWelchen **Beruf** üben die Erziehungsberechtigten aus? Wie ist die **Betreuung** geregelt? (Kindergarten/Betreuung zuhause/(Grund)Schule, Hort ect.)Wird zuhause mehr als eine Sprache gesprochen?  Ja  NeinWenn ja, welche? **Welche Sprachen** spricht und/oder versteht das Kind? Sind in der **Familie Sprech- Sprach- oder Hörstörungen** bekannt?  Ja  NeinWenn ja, welche? Gibt es in Ihrer Familie oder im Umfeld des Kindes zurzeit **besondere Situationen** oder Vorkommnisse, die den Alltag beeinflussen?  Ja  NeinLeben **Tiere** bei Ihnen?  Ja  NeinWenn ja, welche?



## Kindliche Entwicklung/ Vorgeschichte

Gab es während der **Schwangerschaft** Komplikationen?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?

Wie war die **Geburt des Kindes**?

Normale Geburt  Frühgeburt  Mehrlingsgeburt  mit Komplikationen:

Besteht eine **Hörstörung**?  Ja  Nein Reagiert ihr Kind auf **leise Geräusche**?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und durch wen wurde diese festgestellt?

Bestehen **Vorerkrankungen/chronische Erkrankungen/ Syndrome**?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?

Wann und durch wen wurden diese festgestellt?

Nimmt ihr Kind **regelmäßig Medikamente** ein?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?

Gibt es **chronische Erkrankungen** in der Familie?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?

Hat ihr Kind viele **Infekte**?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?

**Schnarcht** ihr Kind?  Ja  Nein

Hat das Kind eine **Sehschwäche/Brille**?  Ja  Nein

Gab es **Unfälle, Operationen oder Krankenhausaufenthalte**?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?

Besteht eine **Latexallergie**?  Ja  Nein

## Nahrungsaufnahme ihres Kindes

Hat Ihr Kind einen **Nuckel** benutzt?  Ja  Nein Wenn, ja welche?

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

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

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

Gab es Besonderheiten beim Zahnwechsel oder Fehlstellungen?  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/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten**?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?

Gibt/Gab es Probleme bei der **Nahrungsaufnahme**?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?



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

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

Wenn, wie ist der aktuelle Stand?

Was **isst** ihr Kind am **liebsten**?

Werden breiige, weiche bzw. harte **Lebensmittel** gegessen?  Ja  Nein

## Sprachentwicklung des Kindes

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

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

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

Wann konnte Ihr Kind **kurze Sätze** produzieren?

Wann konnte Ihr Kind **längere Sätze** (mehr als zwei Wörter) produzieren?

Stellt Ihr Kind von sich aus **Fragen**?  Ja  Nein

Kommentiert Ihr Kind sein **Spiel sprachlich**? (Bsp.: das Beschreiben eines Bilderbuches)?  Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie gerne ein Beispiel.

Gibt es **Rituale**, wie z.B: Buch vorlesen?  Ja  Nein

Kann ihr Kind **Dinge sortieren**, z.B. nach Farbe, Größe, Art (Apfel zu Obst), etc...?  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 (für Syndrome, Beeinträchtigungen)

Gibt es **Rituale**, wie z.B: Buch vorlesen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche (Gebärden/ Talker/ Buttons/ etc...)?

➔ **Wenn nein, bitte weiter mit der motorischen Entwicklung des Kindes!**

Kann ihr Kind sich **verständigen**?  Ja  Nein

Kann ihr Kind Sie **verstehen**?  Ja  Nein

Mit welchen **Körperteilen** kann sich das Kind gezielt **bewegen**?



## Motorische Entwicklung des Kindes

Ist ihr Kind **gerobbt**?  Ja  Nein

Ist ihr Kind **gekrabbelt**?  Ja  Nein

Kann ihr Kind:

**Balancieren?**  Ja  Nein

**Fahrrad fahren** ( mit/ ohne Stützräder)?  Ja  Nein

**Treppensteigen im Wechselschritt?**  Ja  Nein

**Schneiden?**  Ja  Nein

**Hüpfen?**  Ja  Nein

**Puzzeln?**  Ja  Nein

**Dreipunktgriff?**  Ja  Nein

**Pinzettengriff?**  Ja  Nein

**Turm bauen?**  Ja  Nein

**Händigkeit?**  Ja  Nein

**Kreuzen Sie bitte an was zutrifft:**

- Wenig Bewegung
- Motorische Unruhe: Rennen, Zappeln, Unbeholfenheit
- Angst vor Schaukel, Karussell, Bewegungen kopfüber
- Zehenspitzengang
- Kleidung kratzt, drückt
- Vermeidung von Körperkontakt/Schmusen, Ablehnung von Gurt/Kindersitz
- Vermeidung von Schmutz/bestimmten Oberflächen
- Häufiges Hinfallen/Anstoßen, Zerschlagen von Dingen
- Lernt schwer neue motor. Muster (Fahrrad, Anziehen)
- Feinmotorik fällt schwer
- Suche nach intensiven Reizen
- Autoaggressionen
- Mangelndes Schmerzempfinden
- Weiteres:



## Therapeutische Hausaufgaben

Wie viel Zeit kann täglich/wöchentlich für die **logopädischen Übungen** zuhause aufgebracht werden?

Mit welchen **Medien** (Handy, TV, Tablet, etc...) ist ihr Kind vertraut?

Wie lange werden diese täglich verwendet?

Hat Ihr Kind spezielle **Hobbys** bzw. geht es **besonderen Aktivitäten** nach?  Ja  Nein

Wenn, ja welche?

Womit **spielt** ihr Kind am liebsten?

**Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur ersten logopädischen Therapie mit. Offene Fragen können dann direkt in unserer logopädischen Praxis Sprachschlüssel geklärt werden. Herzlichen Dank, für Ihre Mithilfe!**

Datum

Unterschrift des ausfüllenden Berechtigten