

Anamnesebogen für Kinder mit Sprech- und Sprachauffälligkeiten

Name des Kindes: _____ Geb-Datum: _____ Heutiges Datum: _____

Grund der Anmeldung: _____

Wem aufgefallen: _____ Wann aufgefallen: _____

Familiäres Umfeld

Mutter: _____ Alter: _____ Beruf: _____
sind sie zur Zeit berufstätig? ja nein Teilzeit

Vater: _____ Alter: _____ Beruf: _____
sind sie zur Zeit berufstätig? ja nein Teilzeit

Familiensituation: alleinerziehend geschieden Familie mit ___ Kindern:

Name: _____ Geb-Jahr: _____ Ist / war in logopäd. Beh. nein ja

Name: _____ Geb-Jahr: _____ Ist / war in logopäd. Beh. nein ja

Name: _____ Geb-Jahr: _____ Ist / war in logopäd. Beh. nein ja

Name: _____ Geb-Jahr: _____ Ist / war in logopäd. Beh. nein ja

Soziales Umfeld

Wird ihr Kind tagsüber von weiteren Bezugspersonen betreut? _____

Besucht/e ihr Kind einen Kindergarten? Einrichtung _____ Tel: _____

seit _____ bis _____ halbtags ganztags unregelmäßig ErzieherIn: _____

Welche Schule besucht ihr Kind? _____ Tel: _____

Wie groß ist die Klasse: _____ Schüler; geht gerne hin? nein ja LehrerIn: _____

Was sagt ErzieherIn/LehrerIn über das Verhalten Ihres Kindes im Allgemeinen? _____

Welche Gruppen/Vereine besucht ihr Kind? _____

Interaktion

Wie verhält sich ihr Kind gegenüber Bekannten?

schüchtern distanziert abwartend interessiert distanzlos

Wie verhält sich ihr Kind gegenüber Unbekannten?

schüchtern distanziert abwartend interessiert distanzlos

Fam - Vorgeschichte

Hatte oder hat jemand in Ihrer Familie (z.B. Eltern, Großeltern, Geschwister, Tante, Onkel usw.) folgende Krankheiten / Störungen?

Hörstörungen	<input type="radio"/> ja	Sehstörungen	<input type="radio"/> ja	Legasthenie	<input type="radio"/> ja
Sprachauffälligkeiten	<input type="radio"/> ja	ADHS/ADS	<input type="radio"/> ja	Behinderungen	<input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	Asthma	<input type="radio"/> ja	Stoffwechselerkr.	<input type="radio"/> ja

Das trifft auf die Schwangerschaft zu: komplikationslos Unfälle Blutungen Gestose
 SS-Diabetes Liegen/Ruhe psychische Belastungen Infektionen
 Medikamente Rauchen/Alkohol andere Erkrankungen _____

Die wievielte Schwangerschaft war dies? _____ Hatten Sie Fehl- oder Frühgeburten? nein ja

Kam Ihr Kind zum errechneten Termin? ja nein _____ Gewicht: _____ g Größe: _____ cm

Wie wurde entbunden? Spontan Kaiserschnitt mit Zange mit Sauglocke

Was trifft zu: Sturzgeburt Frühgeburt Einleitung PDA/Narkose Nabelschnur-Umwicklung

Gab es nach der Geburt Komplikationen? Krämpfe blaue Hautfarbe Gelbsucht Lungenprobl.

Notwendig war Wärmezelt Inkubator Sauerstoffbehandlung Operation Zungenbandkappung

Wie lange waren Sie nach der Geburt in der Klinik? _____ Tage

Konnten Sie Ihr Kind stillen? ja ___ Wochen nein: _____

Gab es Probleme mit dem Saugen dem Schlucken der Flasche dem Kauen

Ist das Kind beim Trinken eingeschlafen? ja nein Wurde das Saugloch vergrößert? ja nein

Ab wann bekam Ihr Kind feste Nahrung? _____ Monaten War der Übergang schwierig? ja nein

starker Speichelfluss Daumen lutschen
 Schnullern Entwöhnung mit ___ Jahren
 Der Mund steht meistens offen
 Alles wurde / wird in den Mund gesteckt
 Würgereiz wird bei Zahnpflege ausgelöst
 kann gurgeln
 Zahnfehlstellungen wurden festgestellt

mag eher härtere Kost isst einseitig
 mag eher weichere Kost "Allesesser"
 Essen ist nur mit Ablenkung möglich
 würgt / bricht Essen trinkt mit Röhren
 Vorliebe für bestimmte Nahrung in Bezug auf
 Temperatur /Geschmack
 Abwehr von best. Nahrung in Bezug auf Geschmack
 oder Temperatur
 verschluckt sich leicht / häufig

Bisherige Erkrankungen: Masern Röteln Mumps Windpocken Fieberkrämpfe Scharlach
 Keuchhusten Bronchitis Lungenentzündung Allergien Lebensmittelunverträglichkeiten
 Hirnhautentzündung Schädelverletzung Unfälle Sonstiges/Chronische Erkrankungen:

War Ihr Kind schon im Krankenhaus? Weshalb und wann? _____

Wurde Ihr Kind schon operiert? Weshalb und wann? _____

Müssen Medikamente eingenommen werden? _____

Letzter Hörtest: _____ hört gut nicht gut

Das trifft zu: erschreckt sich bei lauten Geräuschen keine Reaktion auf Ansprache
 nimmt sehr leise Dinge wahr meidet laute Orte
 unterscheidet ähnliche Geräusche kann einer Geschichte zuhören
 kann kleine Aufträge korrekt ausführen kann sich mehrere Aufträge gut merken

Medizin

Das trifft zu: Kind schnarcht hat Polypen → Polypen entnommen, OP wann? _____
 häufig Mittelohrentzündung Paukenergüsse → Röhrchen eingesetzt, wann? _____ re li
 häufig Mandelentzündung → Mandeln entnommen, OP wann? _____
 Stimme ist häufig heiser bekommt schlecht Luft durch Nase

Das trifft zu: regt sich auf bei überfülltem Getümmel mag helles/grelles Licht nicht
 reagiert mit Übelkeit auf künstliches Licht hat Schwierigkeiten beim Suchen und Finden
 erkennt Farben und Formen gut kneift Augen oft zu, reibt sie, Augen tränen

Welche Institutionen / Therapieeinrichtungen haben Sie bereits besucht?

Physiotherapie Ergotherapie Osteopathie Psychotherapie Frühförderung

Sonstige _____

Sprachentwicklung

Hat Ihr Kind als Säugling lallende Laute von sich gegeben? ja nein

Wann sprach es Einzelwörter (außer Mama/Papa) mit ____ Monaten

Zweiwortäußerungen (Papa lieb / Kiste auf) mit ____ Monaten

Sätze (Anna Bild malen / Lisa Saft trinken) mit ____ Monaten

Wann stellte es die Fragen „Was ist das?“ mit ____ Monaten „Warum?“ mit ____ Monaten

Sie sprechen überwiegend

Hochdeutsch

Dialekt

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

nein

ja Vater: _____ Mutter: _____

Das trifft zu: Das Kind lernte ständig neue Wörter dazu versteht alles wiederholt Silben
 kann kurze Geschichte wiedergeben beantwortet Fragen angemessen setzt Gesten/Gebärden
 hält Blickkontakt beim Sprechen

Ihr Kind spricht: wenig viel gut verständlich undeutlich eher zu laut zu leise

flüssig stockend

schwere Wörter korrekt nach

Erinnern Sie sich noch, ob und in welchem Alter (zirca) folgende Entwicklungsstufen stattgefunden haben?

Freies Sitzen ____ Mon. Robben ____ Mon. Krabbeln ____ Mon.

Stehen ____ Mon. Laufen ____ Mon. Fortlaufend Treppen steigen ____ Mon.

Das trifft zu: Das Kind klettert schaukelt rutscht schwimmt

<input type="radio"/> hat Angst vor Schaukel, Karussell oder Bewegungen kopfüber	<input type="radio"/> lernt schwer neue motorischen Bewegungsmuster
<input type="radio"/> mag sich nicht gerne bewegen	<input type="radio"/> ist ständig in Bewegung / unruhig/ zappelig
<input type="radio"/> zieht sich alleine an und aus	<input type="radio"/> stolpert häufig <input type="radio"/> wirkt tolpatschig
<input type="radio"/> kann Flasche auf-zuschrauben	<input type="radio"/> zerbricht leicht Dinge <input type="radio"/> stößt sich häufig an
<input type="radio"/> schenkt ein Glas ein	<input type="radio"/> liebt wildes Toben <input type="radio"/> schlägt sich selbst
	<input type="radio"/> sucht intensive Reize

fährt Laufrad fährt Dreirad fährt Fahrrad mit/ ohne Stützräder läuft oft auf Zehenspitzen

Bitte beurteilen Sie die Feinmotorik Ihres Kindes!

malen gut nicht gut

schneiden gut nicht gut

basteln gut nicht gut

puzzeln gut nicht gut

Lego bauen gut nicht gut

Ist Ihr Kind Rechtshänder od. Linkshänder od. gibt es noch keine bevorzugte Hand?

motorische Entwicklung

Bitte schätzen Sie Ihr Kind ein:

Charakter / Typ

Zufriedenheit <input type="radio"/> eher zufrieden <input type="radio"/> eher unzufrieden	Sauberkeitserziehung <input type="radio"/> trocken <input type="radio"/> nässt ein <input type="radio"/> kotet ein <input type="radio"/> tags <input type="radio"/> nachts
Gefahreinschätzung <input type="radio"/> gute Einschätzung <input type="radio"/> weinerlich/ängstlich <input type="radio"/> unerschrocken/zu waghalsig	Selbständigkeit <input type="radio"/> eher selbständig <input type="radio"/> eher unselbständig <input type="radio"/> gute Selbsteinschätzung <input type="radio"/> über/unterschätzt sich
Aufmerksamkeit/Ausdauer <input type="radio"/> ausdauernd <input type="radio"/> leicht ablenkbar	Schlaf <input type="radio"/> häufiges Aufwachen <input type="radio"/> schläft unruhig <input type="radio"/> schlechtes Einschlafen
Eigenregulation <input type="radio"/> ruhig/ausgeglichen <input type="radio"/> aufgeregt/reizbar <input type="radio"/> geduldig <input type="radio"/> ungeduldig <input type="radio"/> beruhigt sich selbst <input type="radio"/> reagiert heftig <input type="radio"/> beruhigt sich nur schwer	Struktur/Ordnungsverhalten <input type="radio"/> angemessen <input type="radio"/> chaotisch <input type="radio"/> openibel <input type="radio"/> führt mehrteilige Aufträge korrekt durch <input type="radio"/> Veränderungen sind schwierig <input type="radio"/> kontrolliert gerne Umfeld/Bezugspersonen
Neigungen <input type="radio"/> ist übermäßig kitzelig <input type="radio"/> behauptet, Kleidung kratzt oder drückt <input type="radio"/> Lehnt Gurt vom Autositz ab <input type="radio"/> mag Körperkontakt / Schmusen nicht gerne <input type="radio"/> hat mangelndes Schmerzempfinden (Impfung) <input type="radio"/> vermeidet Schmutz <input type="radio"/> berührt bestimmte Oberflächen nicht gerne	Handlungen <input type="radio"/> baut gerne und phantasievoll <input type="radio"/> kann eigene Spielideen verwirklichen <input type="radio"/> erkennt Verwendungsmöglichkeiten von Materialien <input type="radio"/> bevorzugt über längeren Zeitraum die selbe Spieltätigkeit <input type="radio"/> handelt häufig impulsiv

Spielverhalten

Womit spielt Ihr Kind besonders gerne? _____

Lehnt Ihr Kind gewisse Materialien / Spiele ab? _____

Ihr Kind spielt lieber alleine mit anderen Kindern mit Erwachsenen

Mag Ihr Kind gerne:

Medien

- | | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Bilderbücher / Bücher | <input type="radio"/> durchblättern | <input type="radio"/> anschauen | <input type="radio"/> vorgelesen bekommen | <input type="radio"/> besprechen |
| <input type="radio"/> Fernsehen / DVD-Filme | tägliche Zeit: _____ Minuten / Stunden | | | |
| <input type="radio"/> Hörspiele / Musik | tägliche Zeit: _____ Minuten / Stunden | | | |
| <input type="radio"/> Computer / Wii usw. | tägliche Zeit: _____ Minuten / Stunden | | | |

Worin sehen Sie die Stärken Ihres Kindes?

Worin sehen Sie die Schwächen Ihres Kindes?

Welche Erwartungen haben Sie an die Logopädie?