

WICHTIG!

Dieser Anamnesebogen ist ein sehr umfassender Katalog von Fragen, die im Rahmen der Erstellung eines Sonderpädagogischen Fördergutachtens **relevant sein können**. Je nach individueller Situation einer Familie, eines Kindes und in Abhängigkeit von der jeweiligen Fragestellung müssen die Gutachter **vor dem Anamnesegespräch** entscheiden, welche Fragen notwendig sind, welche Fragen gestellt werden sollen. In der Regel werden nie alle hier aufgeführten Fragen gestellt! Beachten Sie auch, dass einige Fragen im jeweiligen Einzelfall äußerst unangemessen sein können. **Auf keinen Fall soll der Fragebogen in der vorliegenden Form an Eltern ausgegeben werden, damit diese alle Fragen schriftlich beantworten**. In jedem Fall soll ein **persönliches Gespräch** vereinbart und durchgeführt werden. Dabei dient der vorbereitete **Fragenkatalog als Gedächtnisstütze bzw. als Hilfe zur Vorbereitung eines eigenen Anamneseleitfadens**, damit die vorher festgelegten wichtigen Fragen auch alle angesprochen werden. **Es sollte also ein Gespräch ablaufen und keine Frage-Antwort- Abfolge!**

Anamnesebogen

Datum: _____

Räumlichkeit: _____

Name des Kindes: _____

geb. am: _____

Anschrift:

Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon

Name des Vaters:	
Beruf:	
Dienstzeit des Vaters:	
Name der Mutter:	
Beruf:	
zurzeit berufstätig:	
Dienstzeit der Mutter:	

Wie viele Geschwister hat das Kind? (Alter und Geschlecht der Geschwister)

Behinderung des Kindes:

Organschäden (Herz/Kreislauf, Magen/Darm, Leber, Nieren, andere):

Hörstörungen:

Sehbehinderungen/Schielen:

Verlauf der Sprachentwicklung:

Welche Medikamente muss das Kind ständig nehmen? Wie viel davon?

Hilfsmittel:

Einlagen, Schienen, Stöcke, Prothesen, Rollstuhl, andere:

Welche Förderung hat das Kind bisher gehabt? Wo?

Frühförderung ab:
Physiotherapie ab:
Ergotherapie ab:
Logopädie ab:
Hörtraining ab:
andere Förderung:

Hat das Kind eine altersentsprechende Größe?

Hat das Kind das richtige Gewicht in Relation zur Körpergröße (Über- / Untergewicht)?

Welche Ärzte wurden bisher konsultiert?

Fachrichtung	Name	Straße	Ort

I. Schwangerschaft/ Geburt

Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes:

Wie erging es Ihnen mit der Schwangerschaft?

Dauer der Schwangerschaft:

Schwangerschaftsbeschwerden:

Erbrechen; wenn ja: in welcher Zeit:

Blutungen; wenn ja: in welchem Monat:

Krankheiten der Mutter während der Schwangerschaft:

Mussten während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen werden?

Besondere Aufregungen; wenn ja, in welchem Monat:

Gab es eine (regelmäßige) ärztliche Begleitung während der Schwangerschaft?

Hat eine Blutgruppenuntersuchung stattgefunden?

Liegt Blutgruppenunverträglichkeit vor?

Von welchem Zeitpunkt der Schwangerschaft an hat sich das Kind bewegt?
Hat es sich regelmäßig bewegt oder hat es tageweise ausgesetzt?

Dauer der Geburt (von Beginn der Wehen an bis zur Uhrzeit der Geburt)?

Wo haben Sie entbunden?

Wer war bei der Geburt anwesend?

Besonderheiten der Lage des Kindes bei der Geburt

Hatte das Kind eine Nabelschnurumschlingung?

Hatten Sie eine Narkose?

Operation, Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt, Dammschnitt

Schrie das Kind sofort nach der Geburt?

Sah es unmittelbar nach der Geburt im Gesicht blau oder weiß aus (Asphyxie)?

Hatte es eine sehr schwere Gelbsucht (Kernikterus)?

Geburtsgewicht des Kindes:

Haben Sie Ihr Kind sofort nach der Geburt gesehen?

Wenn nein, wann haben Sie ihr Kind zum ersten Mal gesehen?

Hat der Vater das Kind nach der Geburt gesehen?

Wie lange dauerte es, bis er das Kind sah?

Wurde das Kind mit Ihnen nach Hause entlassen?

Wenn nicht: Wie lange musste es im Krankenhaus bleiben und warum?

Haben Sie das Kind stillen können?

Wie lange?

II. Entwicklung

Welche Krankheiten hat es durchgemacht?

Krankheit	Zeitraum/ Alter	Arzt/ Medikamente

Welche Operationen erfolgten bei Ihrem Kind?

Operation	Zeitraum/ Alter	Krankenhaus/ Arzt

Anzahl und Dauer der Klinik- und (Heim-) aufenthalte:

Klinik/ Heim	Zeitraum/ Alter	Grund

Hat das Kind gekrampft (epileptische Anfälle) - wann, wie oft, wie lange?

Hat/ hatte das Kind Ernährungsstörungen?

Wann und wodurch wurde die Körperbehinderung auffällig?

Wer hat die Diagnose der Behinderung zuerst gestellt?

In welcher Art wurde sie mitgeteilt?

Was haben Sie sich damals unter dieser Diagnose vorgestellt?

Wie haben sie sich dabei gefühlt?

Wie haben Sie diese aufgenommen?

Wie haben Verwandte und Freunde darauf reagiert?

Wie haben die älteren Geschwister darauf reagiert?

Hat das Kind im 1. Lebensjahr viel geschrieen?

Wenn ja: was haben Sie unternommen?

Wer hat Sie dabei beraten?

Hat es im 2. und 3. Lebensjahr viel geschrieen?

Was haben Sie unternommen, wenn das Kind in diesem Alter schrie?

Hat das Kind zu irgendeinem Zeitpunkt viel getrotzt; wann?

Was hat es an Trotzreaktionen gezeigt?

Wie haben Sie darauf reagiert?

War das Kind nachts ängstlich; wann?

Was haben Sie getan?

Ist das Kind heute nachts ängstlich?

Was tun Sie dagegen?

War es irgendwann in der Entwicklung scheu oder abwehrend gegen Fremde?

Ist es heute noch scheu oder ängstlich?

Wann bekam das Kind die ersten Zähne?

Wann konnte es greifen?

Wann konnte es sitzen, wenn Sie es hinsetzten?

Wann konnte es sich alleine aufsetzen?

Wann konnte es sich allein in irgendeiner Form fortbewegen?

Wann konnte es kriechen?

Wann konnte es stehen, wenn es hingestellt wurde?

Wann konnte es sich allein in den Stand aufrichten?

Wann konnte es an der Hand laufen?

Wann konnte es frei laufen?

Wann begann es, Laute zu bilden?

Wann sprach es die ersten Wörter; welche?

Wann reagierte es auf seinen Namen?

In welchem Alter begann das Kind zu verstehen, was Sie sagten?

Wann haben Sie mit der Sauberkeitserziehung begonnen; wie?

Was haben Sie getan, wenn das Kind trotzdem einnässte?

Wann wurde das Kind trocken (tags/nachts)?

Wann wurde das Kind sauber (tags/nachts)?

Nässt ihr Kind heute ein (tags/nachts, regelmäßig/seltener)?

Wie reagieren Sie darauf?

Gab es eine Zeit in der Entwicklung Ihres Kindes, zu der es besonders viel gefragt hat?

III. Soziale Beziehungen

Hatte das Kind in der Vergangenheit Kontakte mit anderen Kindern?

In welcher Zeit?

Dauerhafte Kontakte mit wem?

Beziehungen mehr zu Jüngeren/Älteren oder Gleichaltrigen?

Hat es einen Freund / eine Freundin; wie alt?

Spielt das Kind gern mit anderen Kindern / lieber allein / mit Vater und Mutter?

Spielt es mit seinen Geschwistern?

IV. Kindergarten/Schule

Hat es einen Kindergarten besucht (Regel-/Sonderkindergarten)?

Ist es gern dort hingegangen oder hat es dauernd protestiert?

Wann wurde das Kind schulpflichtig / u.U. Gründe für eine Zurückstellung?

Wann wurde es eingeschult?

Wo wurde es eingeschult?

Geht es gerne in die Schule?

Bestehen Schulschwierigkeiten? (Leistungsbereich / sozialer Bereich)

Wie ist die Einstellung des Kindes zum Lehrer; zu anderen Mitarbeitern?

Wie erlebt das Kind die Klasse im Verhältnis zu sich selbst?

Wie verhält sich das Kind bei den Schularbeiten?

Mit/ohne Hilfe - „trödelt“ es - arbeitet es zügig?

Hilft jemand bei den Hausaufgaben, überwacht/kontrolliert?

V. Häuslicher, familiärer Bereich

Muss das Kind zu Hause helfen; was?

Darf das Kind zu Hause helfen?

Was tut das Kind in seiner freien Zeit nach der Schule, an Wochenenden, in den Ferien?

Hat ihr Kind besondere Interessen/ Hobbys?

Was ist für Ihr Kind besonders schön?

Worauf freut es sich?

Wovor hat Ihr Kind Angst?

Halten Sie Ihr Kind für zu still oder gehemmt?

Halten Sie Ihr Kind für ganz besonders unruhig?

Ist Ihr Kind leicht entmutigt, wenn es etwas nicht kann?

Ist Ihr Kind manchmal traurig, ohne dass Sie wissen, warum?

Was tun Sie dann?

Halten Sie Ihr Kind für stimmungslabil?

Ist Ihr Kind öfter trotzig, aggressiv; wenn ja: in welchen Situationen?

Was tun Sie dann?

Zeigt das Kind besondere Verhaltensweisen?

(z.B.: übermäßige Angepasstheit, Daumen lutschen oder Ähnliches)

Zeigt Ihr Kind manchmal stereotype Verhaltensweisen?

(schaukelt es, wedelt es mit der Hand, schlägt es rhythmisch mit dem Kopf o.Ä.)

Wie setzt sich das Kind zu Hause durch, mit welchen Mitteln?

Wie stehen Sie dazu?

Ist das Verhältnis zu einem Elternteil auffallend besser?

Hat das Kind andere Bezugspersonen, an denen es hängt?

Ist das Kind sehr liebebedürftig? (wenn ja, wie äußert sich das)

Wie reagieren Sie?

Jedes Kind hat auch Verhaltensweisen, die Eltern nicht gut finden bzw. über die Eltern sich ärgern - welche Verhaltensweisen sind das bei Ihrem Kind?

Wie reagieren Sie darauf?

Manchmal zeigen Kinder Verhaltensweisen, die von uns Erwachsenen nicht verstanden werden, die uns irritieren. Gibt es auch bei Ihrem Kind solche Verhaltensweisen?

Wie versuchen Sie sich das zu erklären?

Bekommt das Kind Taschengeld; wenn ja, wie viel?

Kann es selbständig darüber verfügen oder muss es mit Ihnen abrechnen?

Hat das Kind ein eigenes Zimmer (eigenes Bett)?

Wenn das Kind kein eigenes Zimmer hat:

hat es einen Platz für persönliches Eigentum?

Nehmen Sie das Kind mit, wenn Sie einkaufen / wenn Sie ausgehen?

Wenn nein: was macht es Ihnen schwer, das Kind mitzunehmen?

Haben Sie manchmal Besuch zu Hause?

wer kommt (Verwandte, Nachbarn, Kollegen, Freunde)?

Machen Sie manchmal Besuche bei Verwandten, Nachbarn, Kollegen, Freunden?

Darf ihr Kind auch Freunde zu sich einladen?

Besucht Ihr Kind manchmal auch Freunde?

VI. Auseinandersetzung mit der Behinderung/Erkrankung

Was weiß Ihr Kind über seine Behinderung/Erkrankung?

Werden Sie manchmal von fremden Leuten wegen der Behinderung des Kindes angesprochen?

Was tun Sie dann?

Wie stehen Sie heute zur Behinderung Ihres Kindes?

Haben Sie Ihr Kind schon mal gefragt, was es werden möchte?

Welche Wünsche haben Sie für die Zukunft Ihres Kindes?

Sind Sie mit der jetzigen Beschulung Ihres Kindes einverstanden?

Welche Schwierigkeiten/Probleme sehen/haben Sie?

Welche Beschulung wünschen Sie sich für Ihr Kind?

Wenn das Kind von einer Regelschule zur Körperbehindertenschule gekommen ist:

Hat sich das Verhalten des Kindes seit der Umschulung verändert; wie?

Nachträglich ausfüllen:

Nicht in Anwesenheit der Eltern oder Bezugspersonen des Kindes!

Beobachtungen, Eindrücke zur Beziehung zwischen Eltern und Kind:

Beobachtungen, Eindrücke zur Beziehung zwischen Vater und Mutter:

Besondere Belastungen in der Familie (emotional, andere):

Beobachtungen, Eindrücke zur wirtschaftlichen Situation der Familie:

Beobachtungen, Eindrücke dazu, ob besondere religiöse oder politische Überzeugungen das Verhalten der Eltern oder das Verhalten der Eltern zum Kind stark beeinflussen:

Bemerkungen:

Datum: