

Anamnese

Datum:

| 1. Allgemeine Angaben zum Kind | |
|--|--|
| Name des Kindes | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |
| Name der Mutter | |
| Name des Vaters | |
| Namen und Geburtsdaten der Geschwister | |
| Sonstige Personen im Haushalt | |
| Haustier | |
| Adresse | |
| Telefon (Festnetz) | |
| Telefon (Mobil) | |
| E-Mail | |

| | |
|---|--|
| Kinderarzt / Befund | |
| Augenarzt / Befund | |
| Ohrenarzt / Befund | |
| Sonstige Diagnosen | |
| Medikamente Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? | |
| Wenn ja, welche Medikamente: | |

| | | | |
|---|---------|-------------|-------------|
| Schwangerschaft <i>(bitte ankreuzen)</i> | | | |
| Erkrankungen | Unfälle | Medikamente | Belastungen |
| Sonstiges: | | | |

| | | |
|--|------------|-------------------|
| Geburt <i>(bitte ankreuzen)</i> | | |
| Frühgeburt | Übertragen | Lange Austreibung |
| Sonstiges: | | |

| | | | |
|--|------------|-----------------|----------------|
| Säuglingsalter <i>(bitte ankreuzen)</i> | | | |
| Stillen | Schreibaby | Schlafstörungen | Erhöhte Unruhe |
| Zittrige Bewegungen | Erbrechen | Durchfall | Krämpfe |
| Sonstiges: | | | |

| Kinderkrankheiten <i>(bitte ankreuzen)</i> | | |
|--|---------------------|--------------|
| Masern | Röteln | Mumps |
| Windpocken | Diphtherie | Scharlach |
| Keuchhusten | Lungenentzündung | Darminfekt |
| Bronchitis | Mittelohrentzündung | hohes Fieber |
| Gehirnhautentzündung | Stürze | Unfälle |
| Sonstiges: | | |

| 2. Entwicklung |
|---|
| Krabbeln Ist Ihr Kind gekrabbelt und wie lange? |
| Sitzen Wann konnte Ihr Kind sitzen? |
| Laufen Wann konnte Ihr Kind laufen? |
| Fahrradfahren Kann Ihr Kind Fahrrad fahren und seit wann? |
| Schwimmen Kann Ihr Kind schwimmen und seit wann? |
| Fingergeschicklichkeit Wie beurteilen Sie die Fingergeschicklichkeit Ihres Kindes? |
| Linkshänder Ist Ihr Kind Linkshänder? Gibt es in der Familie Linkshänder? |

| | |
|--------------------------|--|
| Sprachentwicklung | |
| erste Worte | |
| Wortschatz | |
| Mehrsprachigkeit | |
| Sonstiges: | |

| |
|---|
| 3. Charakter und Verhalten |
| Schlafgewohnheiten Wie lange schläft Ihr Kind? Hat es einen unruhigen Schlaf? |
| Essverhalten Wie beurteilen Sie das Essverhalten Ihres Kindes? |

| | | |
|---|-------|------------|
| Reizempfindlichkeit <i>(bitte ankreuzen)</i> | | |
| Geräusche | Licht | Temperatur |
| Sonstiges: | | |

| |
|--|
| Ordnungssinn Wie beurteilen Sie den Ordnungssinn Ihres Kindes? |
| Zeitgefühl Wie beurteilen Sie das Zeitgefühl Ihres Kindes? |
| Aufmerksamkeit Wie beurteilen Sie die Aufmerksamkeitsleistung Ihres Kindes? |

Stärken Was kann Ihr Kind gut? Bitte nennen Sie 3 Dinge.

Schwächen Was kann Ihr Kind nicht? Bitte nennen Sie 3 Dinge.

Freude Worüber freut sich Ihr Kind?

Trauer Was bedrückt Ihr Kind?

Charaktereigenschaften Wie beurteilen Sie den Charakter Ihres Kindes?

Selbständigkeit Wie beurteilen Sie die Selbständigkeit Ihres Kindes?

Kontaktverhalten Wie beurteilen Sie das Kontaktverhalten Ihres Kindes?

4. Freizeitgestaltung

Freizeit Wie verbringt Ihr Kind freie Zeit?

Medien/Computer Welche Medien nutzt Ihr Kind? *(bitte ankreuzen)*

TV / Filme

Computerspiele

Internet

Wann?

Wie lange?

Spielverhalten

Ausdauer?

Spielt Ihr Kind auch alleine?

Kann Ihr Kind Regeln einhalten?

Kann Ihr Kind verlieren?

Sonstiges:

Sport Treibt Ihr Kind Sport?

Musikalische Erziehung Spielt Ihr Kind ein Instrument?

Vereine Besucht Ihr Kind einen Verein?

5. Kindergarten und Schule

Kindergartenbesuch

von/bis

Kindergarten:

Einschulung

Datum

Schule:

Schullaufbahn

Schulwechsel

Klassenwiederholungen

Problemfächer

Lieblingsfächer

Hausaufgaben

Wo?

Wann?

Wie lange?

Wie motiviert ist Ihr Kind?

Welche Unterstützung erhält
Ihr Kind?

Welche Konflikte treten beim Lernen auf?

Kontakt zur Schule *(Bitte Namen angeben)*

Klassenlehrer(in):

Sonstige Personen:

6. Umgang mit der Rechenschwäche

Wie empfindet Ihr Kind seine Rechenschwäche?

Wie gehen Sie mit der Rechenschwäche Ihres Kindes um?

Was erwarten Sie von meinem Training mit Ihrem Kind?