



Anamnese Kinder

Heilpädagogische und Lerntherapeutische Förderung

1. Stammdaten

Angaben zum Kind / Klient:inn

Name des Kindes:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers		
Adresse des Kindes:			
Telefon:		E-Mail:	
Schule / Kita:		Klasse / Stufe:	
Muttersprache / Sprachen:			

Angaben zur Mutter

Name der Mutter:			
Adresse:	(Falls abweichend vom Kind)		
Telefon (Erreichbarkeit):		E-Mail:	
Beruf / Tätigkeit:			

Angaben zum Vater

Name des Vaters:			
------------------	--	--	--

Adresse:	(Falls abweichend vom Kind)		
Telefon (Erreichbarkeit):		E-Mail:	
Beruf / Tätigkeit:			

Familiäres Umfeld

Weitere Bezugspersonen:	(z.B. Pflegeeltern, Großeltern, Tagesmutter)
Geschwister (mit Alter):	

2. Gesundheits- und Entwicklungshistorie

Geburt

Geburt komplikationslos?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsgewicht / -größe:	

Wenn Nein (Komplikationen), bitte beschreiben:

--

Intensivmedizinische Betreuung nach Geburt?

Ja Nein

Wenn Ja, bitte näher erläutern:

--

Frühkindliche & Motorische Entwicklung

Auffällige Verzögerungen in der motorischen Entwicklung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(z.B. Kriechen, Laufen, etc.)</i>
Wann konnte das Kind...	

	Krabbeln (Alter): _____	Laufen (Alter): _____
--	-------------------------	-----------------------

Wenn Ja (Auffälligkeiten), bitte konkretisieren:

Sprachentwicklung

Erste Worte (Alter):	
Erste Sätze (Alter):	
Verzögerungen in der Sprachentwicklung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn Ja, bitte erläutern:

3. Aktueller Gesundheitszustand & Verhalten

Chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?: _____) <input type="checkbox"/> Nein
Operationen / Krankenhausaufenthalte?	<input type="checkbox"/> Ja (Grund/Wann?: _____) <input type="checkbox"/> Nein
Allergien oder Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?: _____) <input type="checkbox"/> Nein
Aktuelle Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?: _____) <input type="checkbox"/> Nein
Schlafverhalten / Schlafprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?: _____) <input type="checkbox"/> Nein

Besonderheiten in der Ernährung?	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?: _____) <input type="checkbox"/> Nein
Schwierigkeiten beim Kauen/ Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Auffälligkeiten in der Grobmotorik? (Falls ja, bitte konkretisieren)

Auffälligkeiten in der Feinmotorik? (z.B. Hefte schreiben, Malen, Stifthaltung - Falls ja, bitte konkretisieren)

4. Kognitive- und Lernentwicklung

Schwierigkeiten, neue Infos zu verstehen/ behalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	---

Welche Lernstrategien nutzt das Kind aktuell?

Spezifische Lernbereiche

Lesen:	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten (Konkretisierung siehe unten)
Schreiben:	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten (Konkretisierung siehe unten)
Rechnen:	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten (Konkretisierung siehe unten)
Fremdsprachen:	<input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten (Konkretisierung siehe unten)

Konkretisierung der oben genannten Lernschwierigkeiten:

Gedächtnis, Aufmerksamkeit & Konzentration

Probleme beim Erinnern? (Kurz-/Langzeitgedächtnis)	<input type="checkbox"/> Ja (Details: _____) <input type="checkbox"/> Nein
Schwierigkeiten beim Konzentrieren auf Aufgaben?	<input type="checkbox"/> Ja (Details: _____) <input type="checkbox"/> Nein

Wie lange kann sich das Kind ca. selbstständig und ohne Ablenkung mit einer Aufgabe beschäftigen?

Problemlösungsfähigkeiten: Wie geht das Kind mit Schwierigkeiten oder neuen Herausforderungen um?

5. Soziale und emotionale Entwicklung

Umgang mit Gleichaltrigen: Unauffällig Schwierigkeiten

Beschreibung des Sozialverhaltens (Freunde, Konflikte, Gruppe etc.):

Verhalten gegenüber Erwachsenen: Unauffällig Schwierigkeiten
(z.B. Lehrkräfte, Therapeuten, Eltern)

Beschreibung des Verhaltens gegenüber Erwachsenen:

Spezifische Ängste oder Phobien? Ja Nein

Wenn Ja, welche Ängste liegen vor und wie äußern sich diese?

Emotionale Auffälligkeiten?

Ja Nein

(z.B. extreme Stimmungsschwankungen, Wutausbrüche, Rückzug, Traurigkeit)

Wenn Ja, bitte näher beschreiben:

Selbstwertgefühl des Kindes:

Positiv Unsicher Negativ

Schwierigkeiten, mit Misserfolgen umzugehen?

Ja Nein

6. Schulische Situation, Hobbies & Freizeit

Schulische Probleme vorhanden?

Ja Nein

(z.B. Leistungsabfall, Notendruck, Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht)

Wenn Ja, bitte näher beschreiben:

Welche Interessen, Hobbies und besonderen Stärken hat das Kind?

Teilnahme an regelmäßigen Gruppentätigkeiten?

Ja (Welche?:

_____)

Nein

(z.B. Vereinssport, Musikschule, Jugendgruppe)

7. Bisherige therapeutische Unterstützung & Ziele

Bisherige heilpäd., therapeutische oder sonderpäd. Unterstützung?

Ja Nein

Wenn Ja, welche Maßnahmen/Art der Unterstützung wurden durchgeführt?

Ergebnisse & positive Fortschritte aus bisherigen Förderungen/Therapien:

Welche Bereiche erfordern aktuell weiterhin besondere Unterstützung?

Ziele der heilpädagogischen Förderung und Lerntherapie aus Sicht der Eltern:

8. Erwartungen & Sonstiges

Was sind die konkreten Erwartungen und Wünsche der Eltern an die Förderung?

Was sind die Erwartungen und Wünsche des Kindes/Klienten?

Gibt es spezifische Vorschläge oder Wünsche für die praktische Umsetzung?

Zusätzliche relevante Informationen oder Besonderheiten:

Datum, Ort

Unterschrift des Kindes /
Jugendlichen

Unterschrift der/des
Erziehungsberechtigten

Interne Anmerkungen (Auszufüllen von der Praxis)