



## Anamnesebogen Kinder

Grund der Vorstellung

---

---

---

Wann ist dies **zum ersten Mal** aufgefallen?

---

Gab es Auffälligkeiten oder **Veränderungen**?

ja             nein

Wenn ja, welche?

---

**Vorerfahrungen** des Kindes mit Logopädie/Ergotherapie/Physiotherapie?

ja             nein

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

---

## Familienanamnese

Wie ist die **Familienkonstellation**? Wer sind die Bezugspersonen?

---

---

---

Wer ist **sorgeberechtigt**?

---

Sind die **Erziehungsberechtigten** berufstätig?

ja             nein

Wenn ja, welchen **Beruf** üben der/die Erziehungsberichtigte/n aus?

---

---

Wie ist die **Betreuung** des Kindes geregelt? (Kindergarten, zu Hause, Tagesmutter etc.?)

---



Mit wie vielen **Geschwistern** lebt das Kind zusammen und wie alt sind diese?

---

Sind **Sprech-, Sprach oder Hörstörungen in der Familie** bekannt?

ja                       nein

Wenn ja, welche?

---

---

Leben **Tiere** bei Ihnen?

ja                       nein

Wenn ja, welche?

---

## Emotionales Verhalten

Nimmt ihr Kind die **eigene Sprachstörung wahr**?

ja                       nein

Wenn ja, wie äußert sich dies?

---

Hat das Kind **Leidensdruck**?

ja                       nein

Wie reagiert das **Umfeld** auf die Sprachstörung?

Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Verwandte: \_\_\_\_\_

Freunde: \_\_\_\_\_

Kindergarten/Schule: \_\_\_\_\_

## Mehrsprachigkeit

Wird zu Hause mehr als eine **Sprache** gesprochen?

ja                       nein

Wenn ja, welche?

---

Von **wem** und **wie oft** werden die Sprachen gesprochen?

---



**Welche** Sprachen spricht/versteht das Kind?

---

## **Kindliche Entwicklung/Vorgeschichte**

Wie verlief die **Schwangerschaft**?

---

Wie verlief die **Geburt** des Kindes?

---

Besteht eine **Hörstörung**?

ja             nein

Wenn ja, wann und durch wen wurde diese festgestellt?

---

Wann wurde der letzte **Hörtest** gemacht?

---

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

ja             nein

Wenn ja, welche?

---

Werden regelmäßig **Medikamente** eingenommen?

ja             nein

Wenn ja, welche?

---

Hat/Hatte Ihr Kind viele **Infekte**?

ja             nein

Wenn ja, welche?

---

Besteht eine Latexallergie?

ja             nein



## Nahrungsaufnahme

Hat Ihr Kind einen **Nuckel** benutzt?  ja  nein

Hat Ihr Kind irgendwelche **Angewohnheiten**? (Nägel knabbern, auf die Lippe beißen, Daumen nuckeln?)  ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Wurde Ihr Kind **gestillt**?  ja  nein

Wenn ja, wie lange?

---

Wurde die **Flasche** gegeben?  ja  nein

Hat Ihr Kind **Allergien/Nahrungsmittelunverträglichkeiten**?

Wenn ja, welche?

---

**Schnarcht** Ihr Kind?  ja  nein

Ist Ihr Kind in **kieferorthopädischer Behandlung**?

ja  nein

Wenn ja, seit wann? Weswegen?

---

Was **isst** Ihr Kind **gerne**?

---

Was **isst** Ihr Kind **nicht**?

---

## Sprachliche Entwicklung

Hat ihr Kind **gelallt**?  ja  nein

Wann hat ihr Kind **erste Wörter** gesprochen?

---

Hat ihr Kind **Freude** am Sprechen?  ja  nein

Wie **atmet** ihr Kind größtenteils?  durch die Nase

durch den Mund

Spricht ihr Kind in **Sätzen**?  ja  nein



## Logopädische Hausaufgaben

Können Hausaufgaben mitgegeben werden?  ja  nein

Die Mitarbeit zu Hause ist essentiell für den Erfolg der Therapie. Bitte führen Sie besprochene Übungen regelmäßig zu Hause durch.

---

Datum, Unterschrift