

Anamnese Kindersprache

Datum: _____

Persönliche Daten

Patienten Name: _____ Geb.-Datum: _____

Mutter

Vater

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Beruf: _____

Geschwister

Name: _____

Geb.-Dat.: _____

Problembeschreibung/Symptomatik: _____

Familienanamnese: _____

Verlauf von

Schwangerschaft: _____

Geburt: _____

Säuglingszeit: _____

Krankheiten: _____

Hörvermögen

Letzte Hörprüfung: _____ bei: _____

Adenoide Vegetationen: ☐ Nein ☐ Ja ☐ OP Wann: _____

Erkältungskrankheiten: ☐ selten bis nie ☐ manchmal ☐ oft Häufigkeit: _____

Allergien: ☐ Nein ☐ Ja Gegen: _____

Mittelohrentzündungen: ☐ selten bis nie ☐ manchmal ☐ oft Häufigkeit: _____

Parazentese/ Paukenröhrchen: ☐ nein ☐ ja Wann: _____

Sprachentwicklung

Beurteilung Sprachverständnis: ☐ altersentsprechend ☐ verzögert ☐ überdurchschnittlich

Jetziger Sprachentwicklungsstand: ☐ altersentsprechend ☐ verzögert

Lallen: _____ Erste Worte: _____ Zweiwortsätze: _____

Mehrwortäußerungen: _____ Vollständige Sätze/Grammatik: _____

W-Fragen: _____ Sprechfreude: ☐ ja ☐ nein

Ess-/Trinkverhalten

Wurde gestillt: ☐ nein ☐ ja Wie lange: _____
Schnuller: ☐ nein ☐ ja Wie lange: _____
Daumen: ☐ nein ☐ ja Wie lange: _____
Vorliebe für: ☐ feste Nahrung ☐ weiche Nahrung ☐ beides
Besonders wählerischer Esser: ☐ nein ☐ ja was: _____
Probleme beim Füttern in der Säuglingszeit: ☐ nein ☐ ja welche: _____

Motorische Entwicklung

Sitzen: _____ Krabbeln: _____ Laufen: _____
Stehen: _____ Bewegungsfreude: ☐ ja ☐ nein
Händigkeit: ☐ rechts ☐ links ☐ wechselt noch Feinmotorik: ☐ geschickt ☐ ungeschickt

Spiel-/Sozialverhalten

Toilettengänge: ☐ nein ☐ ja seit _____ Anziehen: ☐ nein ☐ ja seit _____
Schlafen: ☐ unauffällig ☐ schwierig, weil _____

Was spielt das Kind: _____

Wie spielt das Kind: ☐ alleine ☐ mit anderen Kindern ☐ beides
Konzentrationsfähigkeit: ☐ altersentsprechend ☐ eingeschränkt
Verhältnis zu den Geschwistern: ☐ sehr gut ☐ normal ☐ problematisch
Fernsehkonsument: ☐ > 1 Std/Tag ☐ 1-2 Std/Tag ☐ < 2 Std/Tag
Computerkonsum: ☐ > 1 Std/Tag ☐ 1-2 Std/Tag ☐ < 2 Std/Tag

Kindergarten/Schule

Gruppe/Klasse: _____ ErzieherIn/LehrerIn: _____
Tagesmutter: ☐ nein ☐ ja seit: _____

Sprachliches Umfeld

Zweisprachigkeit: ☐ nein ☐ ja Sprache: _____

Bisherige Therapien

☐ Ergo Wo: _____ Wann: _____ Erfolg: ☐ nein ☐ ja
☐ Physio Wo: _____ Wann: _____ Erfolg: ☐ nein ☐ ja
☐ Logo Wo: _____ Wann: _____ Erfolg: ☐ nein ☐ ja

Sonstiges/Besonderheiten: _____
