

Anamnesefragebogen

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Ich unterliege der Schweigepflicht!

Name des Kindes: _____ geb.: _____

Geschwister (Alter bitte angeben): _____

Name der Mutter: _____ geb.: _____

Straße/**PLZ**/Wohnort: _____

Tel.Nr.: _____ **e-mail:** _____

Handy: _____

Name des Vaters: _____ geb.: _____

Straße/**PLZ**/Wohnort: _____

Tel.Nr.: _____ **e-mail:** _____

Handy: _____

Wer hat Sie an mich verwiesen? _____

- Gibt es in Ihrer Verwandtschaft jemanden, der Schwierigkeiten mit dem Rechnen /Lesen und Schreiben lernen hat/hatte? _____
- Wie sind Schwangerschaft und Geburt verlaufen?

- Ist Ihr Kind nach der Geburt einmal ernsthaft krank gewesen oder hatte es Operationen?

- Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? _____
- Gab oder gibt es Ernährungs- oder Essstörungen? _____
- Gab oder gibt es Schwierigkeiten in der Sauberkeitserziehung? _____
- Sind Allergien bekannt: _____
- Hat oder hatte Ihr Kind häufig Mittelohrentzündungen? _____
- Wann sprach Ihr Kind das erste **richtige** Wort? _____
- Seit wann bestehen Rechenschwierigkeiten? Wann traten sie erstmals auf?

- Seit wann bestehen Lese-Rechtschreibschwierigkeiten? Wann traten sie erstmals auf?

- Seit wann bestehen Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsprobleme? Wann traten sie erstmals auf?

- Wurde bereits durch einen Arzt oder Psychologen eine Dyskalkulie/LRS/ADHS diagnostiziert?
Wenn ja, durch wen? _____
- In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult? (Jahre;Monate) _____
- Hat Ihr Kind die Vorschule oder Eingangsstufe besucht? _____
- Welche Noten hatte Ihr Kind im letzten Zeugnis? in Deutsch ____ in Rechnen ____
(Fortsetzung nächste Seite)

- Hat Ihr Kind schon einmal eine Klasse wiederholt? Welche? _____
- Hat ihr Kind in der 1.Schulstufe häufig in der Schule gefehlt? _____

Gab es bereits eine Förderung im Rechnen/Lesen u. Schreiben?(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- schulisch / von _____ bis _____
oder privat bei
 einem Legasthenie/Dyckalkulie-Trainer
 einem/er Nachhilfelehrer/in
 sonstiges: _____
- Keine Förderung bisher

- Mit welchen Programmen und wie wurde in der bisherigen Förderung geübt?

- Welche Schule/Klasse besucht Ihr Kind derzeit? _____

- Wie heißt die Lehrerin/der Lehrer Ihres Kindes: _____

- War oder ist Ihr Kind in therapeutischer Behandlung? (Bitte Zeitraum angeben)
Logopädie _____ Frühförderung _____
Physiotherapie _____ Sonstiges _____
Ergotherapie _____

- Bitte kreuzen Sie an, welche/r Punkt/e am besten auf Ihr Kind zutrifft/zutreffen:

	gar nicht	nur wenig	ziemlich stark	sehr stark
Leseprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechtschreibprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechenprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verhaltensprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufmerksamkeitsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivationsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprachprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Klagt Ihr Kind häufiger über Bauch- oder Kopfschmerzen und/oder Übelkeit ohne erkennbare organische Ursache? ja nein
- Falls ja, führen Sie diese Symptome auf seine/ihre großen Versagensängste bzw. eine Schulangst zurück? ja nein
- Womit belohnen Sie Ihr Kind im Allgemeinen, wenn es etwas gut gemacht hat?

- Treibt Ihr Kind Sport? Oder welche sonstigen Hobbies hat es?

Vielen Dank für Ihre Angaben!