


Rupert-Egenberger-	Anamnesebogen	
Kindergarten		
Seit wann besucht Ihr Kind den Kindergarten?		

Ihr Kind besucht den Kindergarten:		
<input type="checkbox"/> gerne <input type="checkbox"/> ungerne <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig		
Was berichten die Erzieher über Ihr Kind?		
<input type="checkbox"/> wenig Ausdauer <input type="checkbox"/> sehr schüchtern <input type="checkbox"/> häufiger Spielewechsel <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> Müdigkeit <input type="checkbox"/> Streit mit anderen Kindern <input type="checkbox"/> wenig Kontakt zu Kindern <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Elternfragebogen zur Aufnahme in die Diagnose- und Förderklasse (DFK) oder in die Schulvorbereitende Einrichtung (SVE)

Name des Kindes:	Geb. am:
Muttersprache:	Weitere Sprachen:
Empfehlung von:	

Schwangerschaft und Geburt
Wie verlief die Schwangerschaft (z.B. Krankheiten, Medikamente, Unfälle, Rauchen ...)?

Wie verlief die Geburt (z.B. Frühgeburt, Kaiserschnitt, Blaufärbung, Klinikaufenthalt ...)?

Auffälligkeiten als Baby / Kleinkind:
<input type="checkbox"/> war sehr unruhig <input type="checkbox"/> schlief viel <input type="checkbox"/> schlief wenig <input type="checkbox"/> schlief unregelmäßig <input type="checkbox"/> schrie viel <input type="checkbox"/> war häufig krank <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Krankheiten		
Ist Ihr Kind häufig krank?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche: _____		
Hatte Ihr Kind jemals einen epileptischen Anfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche: _____		
Gab es bisher längere Krankenhausaufenthalte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche: _____		
Hören und Sehen		
Hatte ihr Kind mehrfach Mittelohrentzündung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Reagiert ihr Kind auf Lautstärke empfindlich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei ihrem Kind Hörbeeinträchtigungen festgestellt? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden bei ihrem Kind spezielle Sehbeeinträchtigungen festgestellt? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ihr Kind Brillenträger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Entwicklungsverlauf		
Motorische Entwicklung		
Gab es als Kleinkind Auffälligkeiten beim Sitzen, Krabbeln, Laufen? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es momentan noch Auffälligkeiten in der Motorik ihres Kindes? Falls ja, welche: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Hand nutzt ihr Kind beim Malen, Schneiden, Basteln? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> noch nicht festgelegt		
Wie kann Ihr Kind malen und schneiden? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> teilweise gut <input type="checkbox"/> hat große Schwierigkeiten		
Ist die Sauberkeitserziehung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja, mit _____ Jahren	<input type="checkbox"/> nein	
Sprachliche Entwicklung der Sprache DEUTSCH		
Wann hat Ihr Kind zu sprechen begonnen? <input type="checkbox"/> wie andere Kinder <input type="checkbox"/> etwas später, mit _____ <input type="checkbox"/> etwas früher, mit _____		
Wie spricht Ihr Kind? <input type="checkbox"/> in einzelnen Wörtern <input type="checkbox"/> kurze Sätze mit falscher Grammatik <input type="checkbox"/> lange Sätze mit falscher Grammatik <input type="checkbox"/> meist in richtigen Sätzen <input type="checkbox"/> hat Schwierigkeiten, folgende Laute auszusprechen: _____		
Kann Ihr Kind schon viele Gegenstände richtig benennen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein		
Wie würden Sie den Wortschatz einschätzen? <input type="checkbox"/> gut entwickelt <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> eher gering		
Soziale Entwicklung / Sozialverhalten		
Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern / in der Gruppe zurecht? <input type="checkbox"/> spielt gerne mit anderen <input type="checkbox"/> kann sich durchsetzen <input type="checkbox"/> spielt lieber allein <input type="checkbox"/> möchte immer der Chef sein <input type="checkbox"/> hat viele Freunde <input type="checkbox"/> wird oft geärgert <input type="checkbox"/> hat oft Streit <input type="checkbox"/> kann Konflikte friedlich lösen <input type="checkbox"/> neigt zu Wutausbrüchen <input type="checkbox"/> benötigt bei Streit die Hilfe der Erwachsenen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Spielverhalten / Stärken / Schwächen		
Womit spielt Ihr Kind gerne? Wo liegen seine besonderen Interessen? _____		
Was kann Ihr Kind besonders gut? _____		
Was kann Ihr Kind noch nicht so gut? _____		
Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes insgesamt zufrieden? Machen Sie sich Sorgen über? _____		
Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:		