



## Anamnesebogen

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

Name des Kindes:	Geb. am:
Muttersprache:	

### **Familiäre Situation:**

Welche Geschwister hat Ihr Kind (bitte mit Altersangabe)?:

---

---

Wie ist die Situation der Erziehungsberechtigten (zusammen lebend, alleinerziehend, getrennt...)?

---

---

### **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:

- war sehr unruhig                       schlief viel                       schlief wenig  
 schlief unregelmäßig               schrie viel                       war häufig krank  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Kindergarten**

Welchen Kindergarten / welche HPT besucht Ihr Kind und seit wann?

---

Hat Ihr Kind einen Integrationsplatz?  ja     nein

Gab es einen Wechsel des Kindergartens?  ja     nein

Ihr Kind besucht den Kindergarten:

- gerne               ungerne               regelmäßig               unregelmäßig

Was berichten die Erzieher über Ihr Kind?

- wenig Ausdauer                       sehr schüchtern                       häufiger Spielewechsel  
 motorische Unruhe                       Müdigkeit                       Streit mit anderen Kindern  
 wenig Kontakt zu Kindern               Sonstiges: \_\_\_\_\_

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