

Anamnesefragebogen zum neurophysiologischen Entwicklungsstatus

vom

Name des Kindes.....geb.

Adresse

Namen der Eltern

Geschwister.....

Tel..... Mobil

Email-Adresse:

Kinderarzt KISS/Therapeut:

Sonstige Therapien

Letzter Sehtest / ErgebnisBrille:

Letzter Hörtest / Ergebnis

Stürze /Unfälle/Operationen/:.....

.....

Kindergarten / Klasse /Schule

Händigkeit: Rechts Links unklar (bitte ankreuzen)

Problematik heute: Bitte beschreiben Sie, warum Sie sich an mich wenden und was Ihnen bzw. Ihrem Kind die größten Sorgen macht:

.....

.....

.....

.....

-
-
-
1. Hatten Sie in der Schwangerschaft liegen müssen (Blutungen, vorzeitige Wehen etc.) ja nein
 2. Hatten Sie eine starke Virusinfektion in den ersten Wochen Ihrer Schwangerschaft oder sehr hohes Fieber? Medikamente? ja nein
 3. Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft (besonders im letzten SS-Drittel) unter starkem emotionalen Stress? ja nein
 4. Wurde Ihr Kind früher oder später als zum errechneten Termin (+/- 2 Wochen) geboren? In wievielter Schwangerschaftswoche:..... ja nein
 5. War der Geburtsprozess ungewöhnlich oder besonders schwierig? ja nein
(Lange Wehen, Sturzgeburt, Kaiserschnitt, Saugglocken- oder Zangengeburt, massive Hilfe durch Geburtshelfer)
 6. Bitte Einzelheiten
angeben.....
 7. War Ihr Kind zu klein bezogen auf den Geburtszeitpunkt? ja nein
 8. Geburtsgewicht:g. Größe cm Kopfumfang: cm
 9. War der Zustand Ihres Kindes gleich nach der Geburt auffällig? ja nein
Bitte Einzelheiten:.....
Nabelschnurumschlingung Schädelverformung starke Käseschmiere.....
Intensivpflege erforderlich..... Neugeborenenengelbsucht Trennung von der Mutter.....
 10. Wie waren die APGAR – Werte Ihres Kindes?/...../..... und der pH-Wert:
 11. Welche Farbe hatte das Fruchtwasser?.....
 12. Haben Sie gestillt? Wie lange? ja nein
 13. Hatte Ihr Kind in den ersten 12 Lebenswochen Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust, beim Trinken aus der Flasche? Hat es viel gespuckt? ja nein
Besonderheiten:
.....
 12. War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten ein auffallend ruhiges Baby, so ruhig, dass Sie manchmal befürchteten, es sei in seinem Bettchen gestorben? ja nein
 13. War Ihr Kind im Gegenteil sehr aktiv und fordernd? Schlies es wenig und schrie es ständig (sog. Schreibaby) ? ja nein
 14. War die motorische Entwicklung Ihres Kindes im 1. Lebensjahr verzögert? ja nein
War die motorische Entwicklung Ihres Kindes im Gegenteil extrem schnell? ja nein
 15. Ist Ihr Kind **NICHT** regelrecht gerobbt, gekrabbelt und dann gelaufen? ja nein
Wenn, bitte Einzelheiten:

16. Mit wie viel Monaten konnte Ihr Kind frei laufen? (nicht an der Hand)
17. Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt (Zwei- und Dreiwortsätze > 2,5 Jahre)? ja nein
 Hat es undeutlich gesprochen? War logopädische Behandlung erforderlich?
- Bitte Einzelheiten:
18. Sind seine Sprachentwicklung bzw. der Wortschatz heute altersgerecht? ja nein
 Bitte Einzelheiten, wenn nein:
19. Hat(te) Ihr Kind auffällige Schwierigkeiten sich selber anzuziehen? ja nein
20. Kann es Schnürsenkel binden? ja nein
 In welchem Alter hat es gelernt, Schürsenkel zu binden?
21. Lutschte Ihr Kind bis etwa zum 5. Lebensjahr oder länger am Daumen? ja nein
22. Hatte es einen Schnuller gehabt? Wie lange?
23. Kaut es heute noch an Fingernägeln oder Kleidungsstücken? ja nein
24. Machte oder macht Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren gelegentlich ins Bett? ja nein
 Wann war es sauber und trocken? (tags und nachts)
25. Gab es im Kindergarten Trennungsängste? ja nein
 Was hat Ihr Kind im Kindergarten gern gemacht, was hat es gemieden? (z.B. draußen spielen, Bauecke, puzzeln, malen, basteln usw.)
26. Schläft Ihr Kind in seinem eigenen Bett durch? ja nein
 Hat es Probleme mit dem Einschlafen? ja nein
27. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit (beim Autofahren z.B.) ja nein
28. Hatte es Probleme schaukeln zu lernen? ja nein
29. Schaukelt es heute gern? ja nein
30. Hatte es Schwierigkeiten, Fahrradfahren (ohne Stützräder) zu lernen? ja nein
31. Hat(te) ihr Kind Probleme beim Schwimmen lernen? ja nein
32. Kann/konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? Taucht es gern? ja nein
33. Hatte bzw. hat Ihr Kind Schwierigkeiten, einen (kleinen) Ball zu fangen? ja nein
34. Hatte Ihr Kind in den ersten zwei Grundschuljahren Schwierigkeiten, Lesen zu lernen? ja nein
35. Hatte Schwierigkeiten, die Uhrzeit ablesen zu lernen (nicht Digitaluhr) bzw. sich insgesamt in der Zeit (Wochentage, Monate etc.) zurecht zu finden? ja nein
36. Hatte es Schwierigkeiten beim Schreibenlernen? ja nein
37. Falls es zunächst Druckschrift erlernte, hatte es Probleme mit der Schreibschrift? ja nein
38. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten still zu sitzen und wird es deswegen ständig vom Lehrer ermahnt? Bevorzugt es auffällige Sitzpositionen? (Essen, Hausaufgaben) ja nein
39. Liegt es gerne beim Spielen oder bei den Hausaufgaben auf dem Fußboden ? ja nein

40. Macht Ihr Kind zahlreiche Fehler, wenn es aus einem Buch oder von der Tafel abschreibt? ja nein
41. Verdreht Ihr Kind beim Schreiben Buchstaben (d-b) oder macht Zahlendreher? ja nein
42. Wie schätzen Sie die Grobmotorik Ihres Kindes ein? Sportlich gut mittel auffällig
 Wie schätzen Sie die Feinmotorik ein? Wie ist die Schrift? Sehr gut mittel auffällig
43. Ernährung: Was isst Ihr Kind am liebsten, ist es wählerisch, hat es Angst, neue Gerichte zu probieren, kaut es nicht gern, meidet es bestimmte Lebensmittel, hat es Allergien oder Unverträglichkeiten? Bitte Einzelheiten notieren:

44. Bestehen irgendwelche Stoffwechselkrankheiten? Kryptopyrrolurie z.B. ja nein
45. Ist Ihr Kind geräuschempfindlichlichtempfindlich geruchsempfindlich
 taktil überempfindlich / kitzelig kuschelt (nicht) gern.....
 lehnt Körperkontakt abandere Auffälligkeiten:
46. Wie hoch schätzen Sie den TV / PC – Konsum Ihres Kindes ein? gering mittel hoch

Anmerkungen:
 Wenn Ihnen beim Beantworten der Fragen noch weitere Auffälligkeiten oder Besonderheiten in den Sinn gekommen sind, zum Beispiel im Zusammenhang mit dem Schulbesuch / schulischen Leistungen, im Umgang mit den Geschwistern, im Hinblick auf Kontakte zu Gleichaltrigen / Freundschaften, auf soziales Verhalten in der Gruppe usw., Marotten und Tics, dann können Sie dies hier aufführen :

