**ANAMNESEBOGEN**

Name des Kindes …………………………………………………………

Geburtstag des Kindes ………………………………………………….

**Gesundheit des Kindes**

Schwangerschaftsverlauf …………………………………………………………………………………

Geburt ……………………………………………………………………………..….

Chronische Erkrankungen ……………………………………………………………………………..….

Kinderkrankheiten ……….……………………………………………….….…………….…..….

 ………..………………………………………………….…………………….

Akute Behandlungen ……………………………………………………………….………….……..

Krankenhausaufenthalte ………………………………………………………………..………………..

Vermuten oder bemerken Sie Besonderheiten/ Probleme in der Entwicklung Ihres Kindes?

0 Ja 0 Nein

Wenn ja, in welcher Hinsicht?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Hat ein Kinderarzt/ Hausarzt schon einmal Hinweise auf entsprechende Schwierigkeiten gegeben?

0 Ja 0 Nein

Ist ihr Kind bereits einmal in der Frühförderstelle vorgestellt worden?

0 Ja 0 Nein

Wenn ja, warum?

…………………………………………………………………………………………………

Wünschen Sie fachliche Beratung bei Beobachtung von Besonderheiten der kindlichen Entwicklung?

0 Ja 0 Nein

Gab es im Leben Ihres Kindes bisher bereits einschneidende Erlebnisse? (Trennung der Eltern, Ablösung von wichtigen Bezugspersonen, Krankheit, Tod, plötzlicher Ortswechsel)?

0 Nein

0 Ja, welche?

…………………………………………………………………………………………………..

**Informationen für die Eingewöhnungsphase**

Wer sind die engsten Bezugspersonen des Kindes?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Besuchten Sie mit Ihrem Kind bereits eine Krabbel, - Spiel, - Turngruppe etc.?

…………………………………………………………………………………………………Wie würden Sie Ihr Kind in Ihrer Einzigartigkeit beschreiben?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Was freut Ihr Kind, was ängstigt es?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wodurch lässt sich Ihr Kind gut trösten?

………………………………………………………………………………………………………………………

Kennt Ihr Kind schon Trennungssituationen? Wie lange war es getrennt? Wie reagiert es beim Verabschieden?

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..

Gibt es Ess –Trinkgewohnheiten? Allergien?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ist ihr Kind schon sauber? 0 Ja 0 Nein

Beschäftigungsvorlieben des Kindes

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Sprachfähigkeit des Kindes**

Reagiert auf Ansprache 0 ja 0 nein

Produziert Sprache 0 ja 0 nein

Versucht zu singen 0 ja 0 nein

Erzählt freudig 0 ja 0 nein

Spricht in Zweiwortsätzen 0 ja 0 nein

Spricht mehrere Wörter in einem Satz 0 ja 0 nein

Mein Kind …

kann wichtige Alltagsgegenstände/Situationen benennen 0 ja 0 nein

spielt aktiv mit bei Liedern 0 ja 0 nein

 Reimen 0 ja 0 nein

 Fingerspielen 0 ja 0 nein

 Schoßspielen 0 ja 0 nein

antwortet sinngemäß auf Fragen 0 ja 0 nein

erfüllt kleine Aufträge dem Sinn gemäß 0 ja 0 nein

nimmt in seiner Sprache Kontakt auf 0 ja 0 nein

**Motorische Entwicklung**

Läuft, springt, hüpft, klettert gerne 0 ja 0 nein

Kann alleine Über die Stufen gehen 0 ja 0 nein

Beschäftigt sich mit Alltagsdingen allein 0 ja 0 nein

Kann Bobbycar, Dreirad, Roller fahren 0 ja 0 nein

Kann mit zwei Fingern Dinge aufklauben 0 ja 0 nein

**Denken/ Wahrnehmung**

Interesse an verschiedenste Gegenständen 0 ja 0 nein

Steckt Formen in Formenbretter 0 ja 0 nein

Ordnet gleiche Dinge zusammen 0 ja 0 nein

Zeigt auf Farben und benennt sie richtig 0 ja 0 nein

Kennt den Gebrauchswert versch. Gegenstände 0 ja 0 nein

Ist neugierig, wo gerade etwas passiert 0 ja 0 nein

Erkundet Dinge, beobachtet viel und zeigt Interesse 0 ja 0 nein

Hat Ansätze für Besitzdenken (mein, mir) 0 ja 0 nein

Baut kleine Bauklötze, Steckspiele zusammen 0 ja 0 nein

**Selbständigkeit**

Zieht sich selbst aus und an 0 ja 0 nein

Kann selbst essen und trinken (Glas) 0 ja 0 nein

Wünsche und Anregungen

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für die Anamnese genommen haben. Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit und einen guten Start im Herbst.