

## Liebe Patienten,

für unsere logopädische Behandlung können zahlreiche Entwicklungen, Angewohnheiten und Krankheiten von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen zu der Vorgeschichte (Anamnese). Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne!

Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und dienen ausschließlich der Verbesserung der Therapie!

## Anamnesebogen für Kinder

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Grund für die  
Anmeldung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann ist es aufgefallen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wer hat die logopädische  
Therapie angeregt? \_\_\_\_\_

Wie stellt sich das (Sprach-) Problem aus Ihrer Sicht dar?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allgemeines:

Wie verlief die Schwangerschaft ?

- normal
- es gab folgende Komplikationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie verlief die Geburt:

- normal
- es gab folgende Komplikationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde gestillt?

- Nein
- Ja: Dauer: \_\_\_\_\_  
Saugverhalten:
  - gut
  - es gab Schwierigkeiten, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es einen Schnuller?

- Nein
- Ja - Dauer: \_\_\_\_\_

Gab es Daumenlutschen?

- Nein
- Ja - Dauer: \_\_\_\_\_

Wurde die Flasche gegeben?

- Nein
- Ja - Dauer: \_\_\_\_\_

Wird der Mund immer geschlossen?

- Ja
- Nein, bei folgenden Situationen nicht: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ist das Essverhalten normal?

- Ja
- Nein, es gibt Probleme bei: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zähne & Gebiss:

- gut
- vollständig
- unvollständig
- Milchgebiss
- Biss: \_\_\_\_\_

Fehlbildungen:

- Nein
- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Gibt es Geschwisterkinder?

- Nein
- Ja, Geburtsjahr(e): \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme mit dem Gehör?

- Ja, Diagnose: \_\_\_\_\_
- Nein
- Mittelohrentzündungen:
  - Ja
  - Nein
  - Paukenröhrchen

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? In welchem Alter? Gab es Komplikationen?

---

---

---

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

- Ja: \_\_\_\_\_
- Nein

Gibt es sonstige Besonderheiten:

- Nein
- Zwillinge
- OP's
- Allergiker
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Erhält Ihr Kind weitere Therapien?

- Nein
- Ja:
  - Krankengymnastik
  - Ergotherapie
  - Motopädie
  - Psychotherapie
  - Sonstige: \_\_\_\_\_

Händigkeit:

- Rechtshänder
- Linkshänder
- wechselnd

Krabbeln & Laufen:

- ja, gekrabbelt ab dem \_\_\_\_ Monat
- nein, nicht gekrabbelt
- Laufen ab dem \_\_\_\_ Monat

Motorik:

- geschickt
- ungeschickt
- es gab Auffälligkeiten und zwar: \_\_\_\_\_

Sprachentwicklung:

Wie verlief die Sprachentwicklung? (Lallen, erste Worte, erste Sätze,...)

---

---

---

---

Gab es Auffälligkeiten oder Veränderungen?

- Nein
- Ja , und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es Sprach- oder Sprechprobleme in der Familie?

- Nein
- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es Mehrsprachigkeit in der Familie?

- Nein
- Ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sozio-/ Emotionales Verhalten:

Blickkontakt

- Nein
- Ja

Wie ist die Familienkonstellation? Wer sind die Bezugspersonen?

---

---

---

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind die eigene Sprachstörung wahr?

- Nein
- Ja

Hat Ihr Kind einen Leidensdruck?

- Nein
- Ja, er äußert sich in: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie reagiert die Umgebung auf die Sprachstörung?

Eltern: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Verwandte: \_\_\_\_\_

Freunde: \_\_\_\_\_

Kindergarten/Schule: \_\_\_\_\_