



Multilingual und Interkulturell orientierte Anamnese – Kinder

Scharff Rethfeldt (2023)

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Geburtsort, Nationalität/-en

Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Sprachen Ansprechpartner/-in

Untersucher/-in

Datum

Eltern / Bezugspersonen

Name, Vorname der **Mutter**

Geburtsdatum

Geburtsort und Nationalität

Adresse (Straße Nr., PLZ Wohnort)

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Beruf

derzeitige berufliche Tätigkeit / private Situation

Beruflich abwesend von _____ bis _____ Uhr / am Mo – Di – Mi – Do – Fr – Sa – So
(Zutreffendes bitte einkreisen)

Name, Vorname des **Vaters**

Geburtsdatum

Geburtsort und Nationalität

Adresse (Straße Nr., PLZ Wohnort)

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Beruf

derzeitige berufliche Tätigkeit / private Situation

Beruflich abwesend von _____ bis _____ Uhr / am Mo – Di – Mi – Do – Fr – Sa – So
(Zutreffendes bitte einkreisen)

Eltern leben zusammen / getrennt seit _____ / leben in Deutschland seit _____
(Zutreffendes bitte einkreisen) (Datum) (Datum)

Aufenthaltsstatus

Mutter EWR-Bürger Daueraufenthalt-EG Niederlassungserlaubnis

Aufenthaltserlaubnis Visum Asyl _____

Vater EWR-Bürger Daueraufenthalt-EG Niederlassungserlaubnis

Aufenthaltserlaubnis Visum Asyl _____

Überweisender Arzt

Name der Krankenversicherung / Krankenkasse

Geschwister / weitere Familienmitglieder

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort Junge Mädchen

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort Junge Mädchen

Name, Vorname Geburtsdatum Geburtsort Junge Mädchen

Weitere Personen, die in der häuslichen Gemeinschaft leben _____

Wurde Ihr Kind adoptiert? nein ja, wann und aus welchem Land? _____

Grund der Anmeldung

Was führt Sie hierher? _____

Seit wann besteht die Auffälligkeit? Wer äußerte sie zuerst? _____

Was wurde bisher unternommen? _____

Liegen beim Kind weitere Besonderheiten vor? nein ja, welche? _____

Schwangerschaft, Geburt und Erkrankungen

Wie ist die Schwangerschaft verlaufen? ohne Probleme problematisch

Hatten Sie Fehl- oder Frühgeburten? nein ja

Waren Sie während der Schwangerschaft krank? nein ja

Haben Sie Medikamente genommen? nein ja

Haben Sie geraucht? nein ja

Kam Ihr Kind zum errechneten Termin? ja nein, _____ SSW

Geburtsgewicht _____ g Geburtslänge _____ cm APGAR Werte ___/___/___

Wie ist die Geburt verlaufen? spontan Kaiserschnitt Zange
 Saugglocke Sonstiges

Traten nach der Geburt bei Ihrem Kind Komplikationen auf? nein ja: _____

Wurde Ihr Kind gestillt? ja, wie lange? _____ Monate nein, weil _____

Wer hat Ihr Kind gestillt? Mutter eine andere Frau es hat die Flasche bekommen

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? nein ja, weil _____

Wurde Ihr Kind schon operiert? nein ja, an _____

Hatte Ihr Kind eitrige Mandelentzündungen? nein ja, wie oft und wann? _____
Wurden *Mandeln / Polypen* entfernt? nein ja, wann? _____

Hatte Ihr Kind Mittelohrentzündungen? nein ja, wie oft und wann? _____

Hatte Ihr Kind Paukenergüsse? nein ja, wie oft und wann? _____

Letzter Hörtest am _____ bei _____ Befund: unauffällig auffällig

Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? nein ja, welche? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? nein ja, welche? _____

Welche Krankheiten hat Ihr Kind schon durchgemacht?

Masern Windpocken Scharlach Keuchhusten Asthma
 Mumps Neurodermitis Röteln Hirnhautentzündung Diphtherie
 Bilharziose Intoxikation Malaria Japanische Enzephalitis _____

Hat Ihr Kind bereits eine medizinische Diagnose erhalten? nein ja, welche? _____

Welche Ärzte/Therapeuten haben Sie mit Ihrem Kind bereits aufgesucht?

Kinderarzt HNO-Arzt Neurologe Psychologe Augenarzt _____
 Logopädie/Sprachtherapie Physiotherapie Ergotherapie

Allgemeine Informationen zu Entwicklung und Verhalten

Erinnern Sie sich noch, ob und in welchem Alter bei Ihrem Kind folgende Ereignisse auftraten?

Das Kind hat sich als Baby im Liegen gedreht nein ja, mit _____ Monaten
 ... ist gerobbt nein ja, mit _____ Monaten
 ... ist gekrabbelt nein ja, mit _____ Monaten
 ... saß ohne Unterstützung (freies Sitzen) nein ja, mit _____ Monaten
 ... hat sich an Gegenständen hochgezogen nein ja, mit _____ Monaten
 ... ist erste Schritte ohne Hilfe gelaufen nein ja, mit _____ Monaten

Welche Aktivitäten unternimmt Ihr Kind gerne? Was macht es besonders gerne?

rennen klettern Bobbycar fahren Roller fahren Ball spielen
 toben schwimmen Dreirad fahren Fahrrad fahren Inline/Skateboard
 schaukeln Sandkiste rutschen mit Bausteinen bauen (Lego, Duplo, Holz)
 malen basteln mit der Schere schneiden Bücher anschauen
 fernsehen Computer spielen Hörbücher _____

Bewegt sich Ihr Kind gerne? bewegt sich ständig gerne und viel nicht so gerne kaum

Womit spielt es am liebsten? Mit _____

Mit wem spielt es am liebsten? Mit _____

(bitte nennen Sie Personen und deren Alter)

Spielt Ihr Kind gerne allein? nein ja, womit? _____

Wie lange kann es sich mit einer Sache beschäftigen, sich ins Spiel vertiefen? ca. _____ Minuten

Singt es gerne Lieder? nein ja Bewegt es sich gerne zu Musik? nein ja

Mag es Sprechspiele, Reime, Verse? nein ja

Bekommt es gerne vorgelesen? nein ja

Wer liest ihm vor? _____
 (bitte nennen Sie Personen, deren Alter, die Sprache)

Wie oft in der Woche? _____

Bekommt es gerne Geschichten erzählt? nein ja

Wer erzählt? _____
 (bitte nennen Sie Personen, deren Alter, die Sprache)

Wie oft in der Woche? _____

Wird in der Familie (Mutter, Vater) gelesen (Bücher, Zeitschriften)? nein ja, wenig ja, viel

Wie lange schaut Ihr Kind TV?

nie selten täglich 1 Std. täglich 2-3 Std. täglich mehr als 3 Std.

Was isst es am liebsten? _____ eher feste eher weiche Kost

Hat oder hatte Ihr Kind Gewohnheiten wie Daumenlutschen, Schnuller (bis zum Alter von _____)?

Wenn Sie Ihr Kind manchmal beobachten, ist dann der Mund eher offen oder geschlossen?

Bis wann hat Ihr Kind regelmäßig aus der Flasche getrunken? Bis _____

Seit wann isst Ihr Kind selbstständig? Seit _____

Isst das Kind täglich gemeinsam mit anderen / der Familie? nein ja, wo? zu Hause
 im Kindergarten
 in der Schule

Allgemeine Informationen zum sozialen Umfeld

Wer sind die hauptsächlichen Bezugspersonen des Kindes? (bitte Name und Alter angeben)

Geht Ihr Kind in den **Kindergarten / Krippe**? ja, seit _____ nein
(bitte Zutreffendes einkreisen)

Wie oft, wie lange? jeden Tag (Mo-Fr), von _____ bis _____ Uhr

_____ Tage pro Woche von _____ bis _____ Uhr

Geht es gerne dorthin? ja, immer gerne manchmal nicht gerne

Welche Sprache / Sprachen werden dort gesprochen? _____

Nimmt Ihr Kind gut Kontakt zu anderen Kindern auf? nein weiß ich nicht ja

Erhält Ihr Kind dort zusätzliche Sprachförderung? nein weiß ich nicht ja

Name der Einrichtung

Name der Gruppe

Name der Erzieherin/des Erziehers

Geht Ihr Kind in die **Schule**? ja, seit _____ andere Schule _____ nein
(z. B. Religionsunterricht, Koranschule, Sprachschule, ...)

Wie oft, wie lange? jeden Tag (Mo-Fr), von _____ bis _____ Uhr

_____ Tage pro Woche von _____ bis _____ Uhr

Geht es gerne dorthin? ja, immer gerne manchmal nicht gerne

Welche Sprache / Sprachen werden dort gesprochen? _____

Nimmt Ihr Kind gut Kontakt zu anderen Kindern auf? nein weiß ich nicht ja

Erhält Ihr Kind dort zusätzlichen Unterricht in einer anderen Sprache? nein ja

Name der Einrichtung

Klasse

Name der Lehrerin/des Lehrers

Treibt Ihr Kind Sport? nein ja, welche Sportart? _____

Wie oft, wie lange? _____ Tage pro Woche von _____ bis _____ Uhr, Ort: _____

Erhält Ihr Kind Musikunterricht? nein ja, welches Instrument? _____

Wie oft, wie lange? _____ Tage pro Woche von _____ bis _____ Uhr, Ort: _____

Andere Aktivitäten: _____

Übernimmt Ihr Kind Aufgaben/Verantwortung zu Hause? ja nein

hilft beim Kochen passt auf jüngere Geschwister auf

hilft im Haushalt füttert / pflegt jüngere Geschwister

hilft bei der Übersetzung mit der deutschen Sprache

bei Behördengängen beim Einkauf am Telefon

im Gespräch mit Erzieher:in / Lehrer:in _____

Sonstige Aufgaben: _____

Vielen Dank. Auch Sie sind eingeladen, Fragen zu stellen.