



**Anamnesebogen – Lerntherapie**

Liebe Erziehungsberechtigte, vor dem ersten Termin Eures Kindes bitten wir Euch diesen Anamnesebogen in Ruhe auszufüllen. Dies ermöglicht uns die Behandlungszeit effektiver zu nutzen und Euch die nötige Zeit zum Eintragen Eurer Daten zu geben.

*Bitte füllt den Bogen nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß aus. Beim ersten Termin werden wir diesen dann noch einmal gemeinsam durchgehen.*

**Personalien der Erziehungsberechtigten:**

Nachname Mutter ..... Vorname Mutter .....  
Geburtsdatum Mutter .....  
Muttersprache Mutter .....

Nachname Vater ..... Vorname Vater .....  
Geburtsdatum Vater .....  
Muttersprache Vater .....

**Deine Adresse:**

Straße/Nr. ....  
PLZ ..... Wohnort .....  
Telefon 1 .....  
Telefon 2 .....  
E-Mail .....

**Personalien des Kindes:**

Nachname ..... Vorname .....  
Geburtsdatum ..... Muttersprache .....  
Schule ..... Klasse .....  
Klassenlehrer .....

Anzahl der Geschwister .....

**Familienstand der Eltern**

- Ledig     Verheiratet     Geschieden     Verwitwet     Sonstiges



**Anamnesebogen – Lerntherapie**

Allergien .....  
Ernsthafte Erkrankungen .....  
Medikamente .....

**Welche Befunde/Berichte sind vorhanden?**

- Bericht Pädaudiologie/HNO  vorhanden
- Bericht Kindergarten/Schule  vorhanden
- Bericht Krankenhaus/Reha  vorhanden
- Bericht SPZ  vorhanden
- Bericht Psychologe  vorhanden
- Wurde ein IQ Test durchgeführt?  Nein  Ja
- Sonstige Befunde/Berichte .....

**Der Grund Eures Besuches**

Warum kommt Ihr zur Lerntherapie?  
.....  
.....

Wer hat die Lerntherapie empfohlen?  
.....  
.....

**Schwangerschaft und Geburt**

Dein Kind wurde in der ..... Schwangerschaftswoche geboren.



**Anamnesebogen – Lerntherapie**

Gab es Komplikationen/Besonderheiten während der Schwangerschaft?  Nein  Ja

Welche? .....

Gab es Komplikationen/Besonderheiten während der Geburt?  Nein  Ja

Welche? .....

Gewicht weniger als 2500 g  Nein  Ja

APGAR-Wert (steht im Mutterpass) Punktzahl .....

**Ernährung**

Gibt es Besonderheiten in der Ernährung Deines Kindes?  Nein  Ja

Welche? .....

Mein Kind ist  normalgewichtig  übergewichtig  untergewichtig

**Allgemeine Entwicklung**

Gab es Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung?  Nein  Ja

Welche? .....

Wie lange hatte Dein Kind einen Schnuller, bzw. hat am Daumen gelutscht?

unter 3Jahre  3 Jahre  4 Jahre  5 Jahre  Länger als 5 Jahre



**Anamnesebogen – Lerntherapie**

Bettnässen (über das Alter von 5 Jahren)  Nein  Ja

Ausgeprägte Ängste  Nein  Ja

Welche? .....

Haltungs- und Bewegungsauffälligkeiten  Nein  Ja

Gab/gibt es allgemeine Entwicklungsverzögerungen  Nein  Ja

**Gesundheit Deines Kindes bis heute**

Häufige Infekte? (z.B. Ohren, Nasen)  Nein  Ja

Welche? .....

Häufig wiederkehrende Krankheiten oder Beschwerden?  Nein  Ja

Welche? .....

Ist ein Syndrom oder ein Gendefekt diagnostiziert?  Nein  Ja

Welche? .....

Häufige Schmerzen?  Nein  Ja

Welche? .....



**Anamnesebogen – Lerntherapie**

**Dein Kind hat/hatte**

Sehstörungen (Brille)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? .....
Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? .....
Unfälle/Stürze	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? .....
Operationen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? .....
Zahnspange/Retrainer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? .....
Röhrchen in den Ohren	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? .....
Sonstiges .....		

**Sprachentwicklung**

Werden alle Laute korrekt gesprochen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Welche nicht? .....		
Verlief die Sprachentwicklung langsamer als bei anderen Kindern?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hat/Hatte dein Kind Logopädie? (Falls ja, wann?)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hat/Hatte dein Kind andere Therapien? (Falls ja, wann?)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Welche .....		



**Anamnesebogen – Lerntherapie**

Sonstige Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung: .....

.....

**Schule**

Einschätzung des **Kindes** (Wichtig: Vor der Einschätzung der Eltern ausfüllen lassen!):

- |                         |                                |                                 |                                |                                     |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Leseprobleme            | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Rechtschreibprobleme    | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Rechenprobleme          | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Verhaltensprobleme      | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Aufmerksamkeitsprobleme | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Motivationsprobleme     | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |

Einschätzung der **Eltern**:

- |                         |                                |                                 |                                |                                     |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Leseprobleme            | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Rechtschreibprobleme    | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Rechenprobleme          | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Verhaltensprobleme      | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Aufmerksamkeitsprobleme | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| Motivationsprobleme     | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |

Wann traten die Schwierigkeiten zum ersten Mal auf? .....

Letzte Zeugnisnote in Deutsch: ..... Mathe: .....



**Anamnesebogen – Lerntherapie**

In welchem Alter wurde Dein Kind eingeschult? .....

Hat Dein Kind eine Klasse wiederholt?  Nein  Ja, welche? .....

Häufige Fehlzeiten im ersten Schuljahr?  Nein  Ja

Geht Dein Kind gerne zur Schule?  Nein  Ja

**Das Alltägliche**

Süßigkeiten ..... Portionen/Tag Hausaufgaben ..... Std./Tag

Elektrische Geräte ..... Std./Tag Spielstunden ..... Std./Tag

Sport ..... Std./Woche Hobbies .....

**Sonstiges**

Gibt es Lebensmittel, die Dein Kind nicht essen darf?  Nein  Ja

Welche? .....

Folgende Personen werden mein Kind bringen/abholen (Name, geb. Datum, Beziehung zum Kind):

.....  
.....



**Anamnesebogen – Lerntherapie**

Möchtest Du uns sonst noch etwas mitteilen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum .....

Unterschrift Erziehungsberechtigte .....