



A n a m n e s e b o g e n

Müller • Horsch • Krämer • Taplick • Bleh

Limburg – Nonnenmauer 2 – 65549 Limburg – Tel. 06431-941790 – Fax. -941791

Westerburg – Gemündener Tor 11 – 56547 Westerburg – Tel. 02663-2255 – Fax. -2525

Katzenelnbogen – Obertalstraße 2 – 56368 Katzenelnbogen – Tel. & Fax. 06486-904770

Klient:

Name: _____ geb.: _____

Straße/Ort: _____

Tel.: _____ Fax/Mail: _____

Schule / KiGa: _____ Klasse: _____

Eltern:

Vater: _____ geb.: _____

Beruf: _____ derzeit: _____

Mutter: _____ geb.: _____

Beruf: _____ derzeit: _____

Familienstand: _____ Sorgeberechtigt: _____

Geschwister:

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Vorstellungsgrund:

**Bitte machen Sie zu den einzelnen Punkten stichwortartige Angaben!
Falls Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie bitte die Rückseite!**

Schwangerschaft Verlauf, Komplikationen, Alkohol/Nikotin, Medikamente	
Geburt Termin, Komplikationen, Sauerstoffmangel, APGAR	
Trennung von Mutter/Familie Berufstätigkeit, Krankheit	
Schlafverhalten Säugling, Kleinkind, aktuell	
Essverhalten Säugling, Kleinkind, aktuell	
Motorische Entwicklung Krabbeln, Stehen, Laufen, Verlauf, Besonderheiten	
Sprachentwicklung Erste Worte, Sätze, Verlauf, Besonderheiten	
Krankheiten, Allergien	
Unfälle, OP	
Trotzalter Zeitraum, Intensität	
Umgang mit Geschwistern Beziehung, Gemeinsamkeiten	
Kindergarten Sozialverhalten, Spielverhalten, Integration, Freunde, Verhältnis zu Erzieherin	
Schule Sozialverhalten, Integration, Leistung, Verhältnis zu Lehrerin Verlauf, Besonderheiten	

Bitte machen Sie zu den einzelnen Punkten stichwortartige Angaben! Falls Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie bitte die Rückseite!

Tics, Daumenlutschen, Nägelkauen

Kopf-, Bauchschmerzen

Zeitpunkte, Ursachen

Sehen und Hören

Wahrnehmung, Befunde,

Brille/Hörgerät, Besonderheiten

Umgang mit Gefahr/Ängstlichkeit

Trennung, Dunkelheit,

Prüfungen, Tiere etc.

Ordnung und Folgsamkeit

Spielverhalten

Allein, ruhig, wild etc.

Motorischer Eindruck

Fein- u. Grobmotorik, Links-/Rechtshändigkeit

Handschrift, Ballgefühl

Umgang mit Frustration

Ausdruck von Ärger und Wut,

Kritikempfindlichkeit, Autoaggression

Sonstige Anmerkungen / kurze Beschreibung Ihres Kindes:

Kontaktadressen

Arzt: _____ Ort: _____

Krankenversicherung: _____ Ort: _____

Beihilfestelle: _____ Ort: _____

Versichert über: _____ Pers. Nr.: _____

Schule / KiGa: _____

Ansprechpartner: _____

Vorbehandlungen und Vorbefunde

Einrichtung: _____

Zeitraum/ Umfang: _____ Diagnose: _____

Einrichtung: _____

Zeitraum/ Umfang: _____ Diagnose: _____

Bitte beachten:

Fügen Sie diesem Bogen ggf. bitte bei:

- Kopien der Vorbefunde
- Kopien der Berichte
- Kopien der Zeugnisse
- Kopien ggf. weiterer Unterlagen