

Persönliche Anamnese

Die mit * markierten Fragen sind sehr persönlich und können selbstverständlich ausgelassen werden.

Ausgefüllt von: _____

Name des Kindes: _____

(Bitte füllen Sie den Bogen möglichst zusammen mit Ihrem Kind aus.)

1. Schwangerschaft

War die Schwangerschaft erwünscht? _____ War die Schwangerschaft geplant? _____

* Wurde das Kind künstlich gezeugt, wenn ja mit welcher Methode? _____

Wie ging es Ihnen während der Schwangerschaft (körperlich, psychisch, sozial)? _____

Wie verlief die Schwangerschaft? Traten Komplikationen auf, z.B. Blutungen, _____
drohende Fehlgeburt, Krankheiten, Operationen usw.? _____

Gab es besondere Ereignisse während der Schwangerschaft (z.B. Trennungen, Todesfälle, Umzug, Unfall)? _____

Mussten Sie während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche? _____

Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? _____

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol oder Drogen konsumiert? _____

* Hatten Sie vor Schwangerschaft eine Fehlgeburt oder einen Abbruch? _____

2. Geburt

Erfolgte die Geburt am errechneten Termin? _____ Falls nein, bitte ausführen: _____

Wie erlebten Sie die Geburt als Mutter: _____

Als Vater: _____

Wie waren die Umstände der Geburt, z.B. Dauer, Lage des Kindes, Haus- oder Spitalgeburt, Kaiserschnitt, usw.?

Brauchte es während der Geburt medizinische Massnahmen, z.B. Einleitung der Wehen, Zange, PDA usw.?

Gab es Komplikationen? _____

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang _____

3. Neugeborenenzeit

Wurden Sie nach der Geburt von Ihrem Kind getrennt? Musste es in den Brutkasten, auf die Intensivstation usw. verlegt werden? Wenn ja, wie lange? _____

Wie ging es dem Kind in den ersten Lebenswochen? _____

4. Erstes Lebensjahr

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? _____

Gab es Besonderheiten? _____

Hat Ihr Kind exzessiv geschrien? _____

Hatte Ihr Kind Mühe mit dem Schlafen? _____

Hatte Ihr Kind Mühe mit dem Essen? _____

Wie war das Temperament und Aktivitätsniveau Ihres Kindes, z.B. ruhig, lebhaft? _____

Gab es weitere Besonderheiten? _____

Wie ging es Ihnen als Eltern? _____

5. Motorische Entwicklung

Wann hat Ihr Kind frei gegessen? Wann hat Ihr Kind begonnen zu krabbeln (Monate)? _____

Erste Schritte? _____

Gab es Auffälligkeiten? _____

6. Sprachliche Entwicklung

Wann begann Ihr Kind zu lautieren (Laute/Silben)? _____

Wann sprach Ihr Kind die ersten Worte? _____ Jahr _____ Monate

Wann sprach Ihr Kind Zwei-Wort-Sätze? _____ Jahr _____ Monate

Wann sprach Ihr Kind vollständige Sätze? _____ Jahr _____ Monate

Wuchs Ihr Kind mehrsprachig auf? _____ Wenn ja, welches ist seine Muttersprache? _____

Gab es Auffälligkeiten? _____

7. Soziale- und Spielentwicklung

Hat Ihr Kind ca. im 8. Monat gefremdet? _____

Zeigte Ihr Kind anhaltende Schwierigkeiten, sich von Ihnen zu trennen, z.B. im Kindergarten? _____

Hat Ihr Kind mit andern Kindern gespielt? _____ Wenn ja, was? _____

Spielte Ihr Kind alleine? _____ Wenn ja, ab wann? _____

* Womit spielte es? _____

* Welches war sein Lieblingsspiel oder Lieblingsspielzeug? _____

8. Entwicklung der Selbständigkeit

Wann konnte sich Ihr Kind alleine anziehen? _____

Wann war Ihr Kind tags trocken? _____ Jahre. Wann war es nachts trocken? _____ Jahre

Hat Ihr Kind getrotzt? _____ Wenn ja, in welchem Alter _____ Jahr?

Auffälligkeiten? _____

Hat Ihr Kind unter Heimweh gelitten? _____ Wenn ja, in welchem Alter und bis wann? _____
Wann hat Ihr Kind erstmals auswärts übernachtet? _____

9. Besuch von Spielgruppe und Kindergarten

Spielgruppe:

Besuchte Ihr Kind die Spielgruppe? _____ Wie lange? _____ Ging es gerne? _____

Kindergarten:

Ging Ihr Kind in den Kindergarten? _____ Wie lange? _____

Wie haben Sie den Kindergarteneintritt Ihres Kindes erlebt? _____

Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten? _____

Mussten Sie es begleiten? _____ Wie lange? _____

Wie verhielt sich Ihr Kind anderen Kindern gegenüber? _____

* Wie verhielt sich Ihr Kind Erwachsenen gegenüber? _____

10. Eintritt und Besuch der Schule

Wie haben Sie den Schuleintritt erlebt? _____

Besuchte Ihr Kind die Einführungs-klasse? _____

Geht Ihr Kind gerne in die Schule? _____

Wie sind die schulischen Leistungen Ihres Kindes? _____

Welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell? _____

Ist es gut in der Klasse integriert? _____

Musste Ihr Kind eine Klasse repetieren? _____ Wenn ja, welche? _____

Hat es eine Klasse übersprungen? _____ Wenn ja, welche? _____

Gab oder gibt es Belastungen wie Lernstörungen, Mobbing usw.? _____

Gab oder gibt es disziplinarische Schwierigkeiten? _____ Wenn ja, welcher Art? _____

* Wie ist der Kontakt/die Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen? _____

11. Schlaf

Wann geht Ihr Kind unter der Woche ins Bett? _____ Uhr. Wann schläft es ein? _____ Uhr

Wie lange schläft es unter der Woche? _____ Stunden pro Nacht

Wann geht es an den Wochenenden ins Bett? _____ Uhr

Wie lange schläft es an den Wochenenden? _____ Stunden

Wie schläft Ihr Kind? _____

Ist es am Morgen ausgeruht? _____

Leidet Ihr Kind unter Ein- oder Durchschlafstörungen? _____ Wenn ja, seit wann? _____

Bitte beschreiben _____

Konsumiert Ihr Kind vor dem Einschlafen elektronische Medien (Handy PC, TV)? _____

Wenn ja, welche? _____

* Hat Ihr Kind Einschlafrituale? _____ Wenn ja, welche? _____

12. Essverhalten und Wachstum

Isst Ihr Kind Gemüse _____ Salat? _____

Isst es Fleisch? _____ Früchte? _____

Hat es besondere Essensgewohnheiten? _____ Wenn ja, welche? _____

Wieviel trinkt Ihr Kind am Tag? _____

Hat es besondere Trinkgewohnheiten? _____ Wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind einen geregelten Essrhythmus? _____

Wie viele Mahlzeiten hat es am Tag? _____

Hat Ihr Kind in letzter Zeit an Gewicht verloren? _____ Wenn ja, seit wann? _____ wieviel? _____ kg

Hat es die Gewichtsreduktion absichtlich herbeigeführt? _____ Wenn ja, seit wann? _____

Wie? Durch vermindertes oder kontrolliertes Essen? _____ Wenn ja, seit wann? _____

Durch gesteigerte körperliche Aktivität? _____ Wenn ja, seit wann? _____

Durch Medikamente? _____ Wenn ja, seit wann? _____

Hat Ihr Kind Essanfälle? _____ Wenn ja, wie häufig? _____ tags? _____ nachts? _____
Erbricht Ihr Kind nach dem Essen? Wenn ja, wie häufig? _____
Nimmt Ihr Kind ungewöhnlich grosse Essensmengen zu sich? _____ Wenn ja, seit wann? _____
Zu den Mahlzeiten? _____ Wenn ja, zu welchen? _____
Zwischendurch? _____ Auch nachts? _____
Andere Auffälligkeiten? _____
* Wie schätzen Sie sein Sättigungsgefühl ein? _____

13. Freizeit- und Genussverhalten

Welche Hobbies oder besondere Interessen hat Ihr Kind? _____
Betreibt Ihr Kind Sport? _____ Wenn ja, welchen? _____
Ist Ihr Kind aktiv in Vereinen? _____ Wenn, in welchen? _____
Wie lange schaut Ihr Kind TV am Tag? _____ Stunden. Pro Woche? _____ Stunden
Wie lange ist Ihr Kind am PC am Tag? _____ Stunden. Pro Woche? _____ Stunden
Wie lange spielt es am PC oder Spielkonsolen am Tag? _____ Stunden. Pro Woche? _____ Stunden
Wie ist der Kontakt zu Gleichaltrigen (beliebt, Aussenseiter, Leader)? _____
Raucht Ihr Kind? _____ Wenn ja, Häufigkeit (täglich, an den Wochenenden)? _____
Wenn ja, wie viel? _____ Zigaretten pro Tag _____ pro Woche _____
Konsumiert Ihr Kind Alkohol? _____ Wenn ja, Häufigkeit? (täglich, an den Wochenenden) _____
Wenn ja, wie viel? _____ pro Tag _____ pro Woche _____
Konsumiert Ihr Kind Drogen? _____ Wenn ja, welche? _____
Wenn ja, Häufigkeit (täglich, an den Wochenenden)? _____
Wenn ja, wie viel? _____ pro Tag _____ pro Woche _____
* Leidet Ihr Kind an Langeweile? _____ Wie zeigt sich dies? _____

14. Pubertäre Entwicklung

Wurde Ihr Kind aufgeklärt? Wie? Durch wen? _____
In welchem Alter setzten bei Ihrem Kind die ersten Zeichen der Pubertät ein? _____
In welchem Alter hatte Ihre Tochter Ihre erste Menstruation? _____
* Wie wirkte sich die pubertäre Entwicklung auf die Beziehung zu Ihrem Kind aus? _____

15. Medizinische Angaben

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? _____

Hatte Ihr Kind Unfälle, Operationen, Spitalaufenthalte? _____

Leidet Ihr Kind an Allergien? _____

Braucht(e) es deswegen Medikamente? _____

Impfungen: Bitte geben Sie uns den Impfpass Ihres Kindes ab. Falls nicht vorhanden, bisherige Impfungen
aufführen _____

Leidet Ihr Kind an anhaltenden Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Bauchschmerzen usw.? _____

Verletzt sich Ihr Kind selbst? _____

Gibt es andere Besonderheiten? _____

16. Fragen zur Erziehung

Gab es für Sie Probleme in der Erziehung Ihres Kindes? _____

Welche Personen waren/sind an der Erziehung Ihres Kindes beteiligt? _____

Gibt es unterschiedliche Erziehungsansichten? _____

Setzen Sie Strafen, Konsequenzen oder Belohnungen in der Erziehung ein? _____

* Haben Sie Ihr Kind körperlich bestraft? _____

* Können Sie sich gegenüber Ihrem Kind durchsetzen? _____

Wenn nein, beschreiben Sie bitte, was es verhindert. _____

* Besteht zwischen Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin Einigkeit über Erziehungsfragen? _____

Wo treten Unterschiede auf? _____

17. Religiöse Zugehörigkeit

Gehört Ihr Kind einer Religion an? Welcher? _____

* Wie wichtig ist dies für Sie und Ihr Kind? _____

18. Bisherige Behandlungen

Werden oder wurden bei Ihrem Kind Behandlungen oder Therapien durchgeführt, die durch den Fragebogen bislang nicht erfasst oder bisher nicht angesprochen wurden? Wenn ja, welche? _____

19. Besonderes

Bestehen bei Ihrem Kind körperliche, psychische oder soziale Besonderheiten oder Leiden, die durch den Fragebogen bislang nicht erfasst oder nicht angesprochen wurden? Wenn ja, welche? _____

Machen Sie sich über etwas, was bislang noch nicht erwähnt wurde, besondere Sorgen? _____

Was kann Ihr Kind besonders gut? Was sind seine Stärken? _____

Welche Dinge haben Ihrem Kind im Leben Freude und Spass bereitet? _____

Welche Fähigkeiten oder Eigenschaften Ihres Kindes haben dabei geholfen? Und welche Personen waren dabei besonders unterstützend? _____

Wir danken Ihnen, dass Sie den Fragebogen ausgefüllt haben.

Datum: _____

Unterschrift: