

# 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 Einführungsklasse? \_\_\_\_\_

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. Pubertare 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: