

# ANAMNESEFRAGEBOGEN KINDER

**Mehrfach Therapeutisches Zentrum Linz**  
**Verein zur Konduktiven Förderung**

Dauphinestraße 56

4030 Linz

Tel: 0732 / 30 40 20

Fax: 0732 / 30 40 20 20

<http://www.therapie-mtz.at>

[mtz-linz@aon.at](mailto:mtz-linz@aon.at)

Ausgegeben am: .....

Eingelangt am: .....



## 1. Familiendaten

1.1. Name des Kindes: .....

.....

1.2. Geburtsdatum Ihres Kindes: .....

1.3. Name des Vaters + Geburtsdatum + Beruf: .....

.....

1.4. Name der Mutter + Geburtsdatum + Beruf: .....

.....

1.5. Adresse: .....

.....

.....

1.6. Telefonnummer (+ Fax?): .....

.....

1.7. Email: .....

1.8. Krankenkasse / Versicherungsnummer Ihres Kindes: .....

.....

## 2. Anamnese

2.0. Name der Schule / des Kindergarten / der Tagesstätte

.....

2.1. Diagnose Ihres Kindes: .....

.....

.....

.....

2.2. Geburtsgewicht Ihres Kindes: .....

2.3. Schwangerschaftswoche: .....

2.4. Beschreiben Sie kurz den Schwangerschaftsablauf: .....

.....  
.....

2.5. Wievielte Schwangerschaft, wievielte Geburt?

.....

2.6. Hat Ihr Kind Geschwister? Wie alt sind die Geschwisterkinder? Sind bei ihnen ähnliche oder andere Problem wahrgenommen worden?

.....  
.....  
.....

2.7. Sind in der Familie des Vaters oder der Mutter ähnliche oder andere Probleme bekannt? Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....

2.8. Hat Ihr Kind eine Krampfbereitschaft?

Ja  Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Krämpfe ausführlich (Dauer, letztes Auftreten eines Krampfes, ...)

.....  
.....  
.....

2.9. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen und die Dosierung des Medikamentes an!

.....  
.....  
.....

.....  
.....

2.10. Hat Ihr Kind eine Speisen- und Getränkeallergie?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....

2.11. Hat Ihr Kind andere Krankheiten?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....  
.....

2.12. Welche Operationen hat Ihr Kind gehabt? Wann?

.....  
.....  
.....  
.....

2.13. Vorangegangene Therapien (Wann? Wie oft? Welche Therapien?)

Geben Sie bei jeder Therapie an, warum Sie damit aufgehört haben!

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2.14. Welche Hilfsmittel benutzt Ihr Kind? (zB. Brille ganztags, oder nur zum Lesen; Hörgerät; usw.)

.....

.....  
.....

2.15. Welche Kindergemeinschaft (Kindergarten, Schule) besucht Ihr Kind? Wie oft?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2.16. Treibt Ihr Kind Sport? Welche Art und wie oft?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3. Allgemeine Beschreibung Ihres Kindes**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3.1. Hat Ihr Kind ein Lieblingsspielzeug? Wie lange spielt es damit?

.....  
.....  
.....  
.....

.....

.....

.....

3.2. Mag Ihr Kind Bücher anschauen bzw. lesen? Wie lange maximal?

.....

.....

.....

.....

.....

3.3. Mag Ihr Kind Märchen? Gibt es ein Märchen, das sich Ihr Kind am liebsten anhört? Wer ist die Person, die Ihrem Kind am häufigsten Märchen vorliest?

.....

.....

.....

**4. Was sind die Problem die Ihr Kind aufweist? Welche Probleme haben Sie bei Ihrem Kind selber entdeckt?**

.....

.....

.....

.....

.....

4.1. Mit welchen Problemen haben Sie sich an einen Arzt bzw. einen anderen Experten gewandt?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
**Bitte die Gutachten oder deren Kopien beilegen!**

**5. Beschreibung der aktuellen Probleme**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5.1. Wie zeigen sich Verhaltens- bzw. Sozialisationsprobleme? (zB. ablehnend; sehr zurückgezogen; sehr verspielt; impulsiv; laut; eigensinnig; usw.)

.....  
.....  
.....

Ist bei Ihrem Kind aggressives Verhalten wahrgenommen worden? (Bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

- in spontanen Situationen
  - nach gewissen Ereignissen: .....
- .....  
.....

Sind bei Ihrem Kind unvorhersehbare Wutausbrüche wahrgenommen worden?

.....  
.....  
.....

Ist Ihr Kind emotional labil? (zB. fängt leicht an zu weinen, lässt sich nur schwer beruhigen, lacht zuviel bzw. wechselt plötzlich von Weinen auf Lachen und umgekehrt, usw.)

.....

.....  
.....

Ist es vorgekommen, dass Ihr Kind jemanden oder sich selbst verletzt oder jemandem Schmerz verursacht hat? (zB. durch Beißen, Kratzen, Schlagen, usw.)

.....  
.....  
.....

5.2. Hat Ihr Kind Freunde?

.....  
.....  
.....  
.....

5.3. Spielt es gerne mit anderen Kindern?

.....  
.....  
.....  
.....

5.4. Bevorzugt Ihr Kind die Gesellschaft von Jungen oder Mädchen?

.....  
.....  
.....  
.....

5.5. Initiiert Ihr Kind gemeinsames Spielen oder Gespräche mit anderen?

.....  
.....  
.....

5.6. Was wird von Ihrem Kind zu Hause gefordert?

.....  
.....  
.....

5.7. Hat es konkrete Aufgaben? Von wem wird kontrolliert, ob und wie das Kind seine Aufgaben verrichtet? Was sind die Folgen, wenn es seinen Aufgaben nicht nachkommt?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**6. Koordination, Gleichgewicht**

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Feinmotorik**

.....  
.....

Bevorzugt Ihr Kind eine Hand vor der anderen? Welche?

.....  
.....

Lieblingsspielzeug Ihres Kindes

.....  
.....

Mag das Kind zeichnen? Wie hält es den Bleistift?

.....  
.....



Mag das Kind bauen? (zB. Lego)

.....  
.....

**8. Selbsthilfe**

Kann (sich) das Kind ordentlich

an- und ausziehen?

Ja

Nein (bitte Hilfeleistung beschreiben): .....

.....  
.....

Knöpfe auf- und zuknöpfen?

Ja

Nein: .....

.....  
.....

Schnürsenkel zubinden?

Ja

Nein: .....

.....  
.....

Knoten oder Maschen binden?

Ja

Nein: .....

.....  
.....

Einen Reißverschluss zuziehen?

Ja

Nein: .....

.....  
.....

Druckknöpfe zumachen?

Ja

Nein: .....

.....  
.....

.....  
.....

Kann das Kind Besteck benutzen? Wie und auf welche Weise? (zB. isst sauber mit dem Löffel; benutzt die Gabel; schmiert und schneidet mit dem Messer; benutzt Messer und Gabel zusammen; usw.)

.....  
.....  
.....  
.....

Kann sich das Kind alleine waschen und trocknen (einschließlich Rücken und Haare)?

Ja

Nein: .....  
.....  
.....

Alleine kämmen? Bei Mädchen mit langen Haaren: Haare zusammenbinden, einflechten, usw.?

Ja

Nein: .....  
.....  
.....

Ohne Hilfe die Toilette benutzen?

Ja

Nein: .....  
.....  
.....

**9. Sind Lernprobleme aufgetreten? Wie zeigen sich diese?**

.....  
.....  
.....

Aufmerksamkeits- bzw. Konzentrationsstörungen (Dauer, leichte Ablenkbarkeit, Flattern, usw.)

.....  
.....  
.....

Probleme im Lesen bzw. Schreiben (zB. Verwechselln von Buchstaben, schwacher Druck, usw.)

.....  
.....  
.....

Probleme im Rechnen?

.....  
.....  
.....

Sprachprobleme?

.....  
.....  
.....

**10. Machen Sie selbst Therapie mit Ihrem Kind?**

Ja                      Nein

Falls ja:

Wie oft?

.....  
.....  
.....

Wie lange?

.....  
.....  
.....

Auf welche Weise?

.....

.....  
Bei welchen Tätigkeiten braucht Ihr Kind am meisten Hilfe bzw. was bereitet Ihm/Ihr das größte Problem?

- An- & Ausziehen       Essen       Toilettengebrauch       Gehen  
 Spielen       Sprache       Schreiben       Lesen  
 Sonstige Bemerkungen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Bei Fragen setzen Sie sich bitte telefonisch oder per E-Mail mit Frau Schindlinger in Verbindung!

Mail:  
[andrea.schindlinger@gmx.at](mailto:andrea.schindlinger@gmx.at)

Tel. Nr.: 0664/35 05 095

Oder direkt mit dem  
Mehrfach Therapeutischem Zentrum  
Dauphinestraße 56  
4030 Linz

Bürozeiten: Mo – Fr von 8:00 – 17:00 Uhr  
Tel. Nr.: +43 732 / 30 40 20; Fax: +43 732 / 30 40 20 20  
E-Mail: [mtz-linz@aon.at](mailto:mtz-linz@aon.at)