

DR. MED. WOLFGANG LAMBECK

PARKSTRASSE 41
41061 MÖNCHENGLADBACH
TEL.: 02161/182161
FAX: 02161/182163
EMAIL:HNO@DR-LAMBECK.DE

PÄDAUDIOLOGISCHER ANAMNESEBOGEN

Datum: _____

Name: _____

geb. am: _____

Nachname Vorname

Adresse: _____

Telefon: _____

ELTERN:

Mutter: Name: _____ geb. am _____

Beruf: _____

Sind Sie zur Zeit berufstätig? Ja() Nein() Teilzeit()

Vater: Name: _____ geb. am _____

Beruf: _____

Sind Sie zur Zeit berufstätig? Ja() Nein() Teilzeit()

Geschwister:

(tragen Sie bitte Vornamen und Geburtstag ein, wenn es Zwillinge sind, dann bitte angeben ob eineiig oder zweieiig)

Welche Gründe führen Sie zu uns? _____

FAMILIENVORGESCHICHTE

Hatte oder hat jemand in Ihrer Familie (z.B. Eltern, Großeltern, Geschwister, Onkel, Tanten, Cousins, Cousinen) eine der folgenden Krankheiten/Störungen?

Hörstörungen	Nein()	Ja()
Sprachstörungen, verspäteter Sprechbeginn	Nein()	Ja()
Mißbildungen	Nein()	Ja()
Krampfleiden	Nein()	Ja()
Allergien/Asthma	Nein()	Ja()

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Hatten Sie Fehl- oder Frühgeburten? Nein() Ja()

Waren Sie während der Schwangerschaft krank (Cytomegalie, Röteln, Typhus, Exanthem, Lues, fieberhafte Zustände, TBC, Toxoplasmose, Eklampsie, Sonstiges ...)? Nein() Ja()

Hatten Sie Medikamente eingenommen? Nein() Ja()

Hatten Sie geraucht? Nein() Ja()

Kam Ihr Kind zum errechneten Termin? Nein() Ja()

Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsgewicht: _____ g Geburtslänge _____ cm

Apgarwerte _____ / _____ (s. Mutterpaß, Vorsorgeheft Seite 1) Nabelarterien-pH: _____

Zangengeburt? Nein() Ja()

Saugglockengeburt?	Nein()	Ja()
Kaiserschnitt?	Nein()	Ja()
Traten nach der Geburt bei Ihrem Kind Komplikationen auf. z.B.:		
Krämpfe	Nein ()	Ja()
Sah Ihr Kind blau aus?	Nein ()	Ja()
Sah Ihr Kind gelb aus?	Nein ()	Ja()
Klinikbehandlung	Nein ()	Ja()
Sonstiges: _____		

ENTWICKLUNG

Erinnern Sie sich noch in welchem Alter bei Ihrem Kind folgende Entwicklungsstufen auftraten?

1. Zahn	mit _____	Monaten
freies Sitzen	mit _____	Monaten
krabbeln	mit _____	Monaten
freies Laufen	mit _____	Monaten
sauber und trocken	mit _____	Monaten

Welche Krankheiten hat Ihr Kind schon durchgemacht?

Z.B. Masern, Mumps, Windpocken, Röteln, Scharlach. Hirnhautentzündung, Diphtherie, Keuchhusten, Lungenentzündung, Allergien, Schädelunfälle, Asthma, Neurodermitis oder andere.

(bitte Erkrankung und Datum angeben) _____

Gab es bei einer oder mehreren dieser Erkrankungen Komplikationen?	Nein()	Ja()
War Ihr Kind schon im Krankenhaus?	Nein()	Ja()
Wurde Ihr Kind schon operiert?	Nein()	Ja()
Wenn ja, woran?		

ERKRANKUNGEN IM HALS-, NASEN- UND OHRENBEREICH

Hat/Hatte Ihr Kind

öfter als 2x im Jahr eitrige Mandelentzündung?	Nein()	Ja()
öfter als 2x im Jahr Mittelohrentzündung?	Nein()	Ja()
eine Mandelentfernung?	Nein()	Ja()
eine „Polypen“-Entfernung?	Nein()	Ja()

SOZIALES UMFELD

Wer sind die hauptsächlichlichen Bezugspersonen Ihres Kindes?

Hat Ihr Kind ausreichend Spielmöglichkeiten?	Nein()	Ja()
Geht/Ging Ihr Kind in den Kindergarten?	Nein()	Ja()
Wenn ja, seit wann? In welchen? Seit:	Name/Ort:	
Nimmt Ihr Kind an Gruppenaktivitäten teil ? (Mutter-Kind-Turnen, Spielkreis, Sportgruppe, Sonstiges)		
Geht Ihr Kind in die Schule? _____	Nein()	Ja()
Wenn ja, seit wann ? In welche ? (Schultyp) Seit _____	Name/Ort: _____	

In welcher Klasse ist Ihr Kind ? _____		Klasse
Gibt es Probleme im Kindergarten, in der Schule oder Zuhause?	Nein()	Ja ()
Ist Ihr Kind an Neuem interessiert?	Nein()	Ja ()
Nimmt Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern auf ?	Nein()	Ja ()
Nimmt Ihr Kind Kontakt zu Erwachsenen auf ?	Nein()	Ja ()
Empfinden Sie Ihr Kind als schwierig?	Nein()	Ja ()

Wird in Ihrer Familie viel gesprochen?	Nein()	Ja ()
Sprechen Sie Zuhause mehr als eine Sprache und/oder Dialekt ?	Nein()	Ja ()
Haben Sie regelmäßig Zeit zu gemeinsamen Aktivitäten wie z. B. Vorlesen, Spielen, Basteln?	Nein()	Ja ()

ERNÄHRUNG

Konnten Sie Ihr Kind stillen? Wenn ja, wie lange?	Nein()	Ja() _____ Wochen
Gab es dabei Schwierigkeiten?	Nein()	Ja ()
Flaschenernährung wie lange ?	ab _____	Monate

Gab es Schwierigkeiten (z.B. Loch vergrößern) ? Ab wann gaben Sie Ihrem Kind feste Kost (z.B. Äpfel, Möhren, Fleisch)?	Nein()	Ja() ab _____ Monaten
Gab/Gibt es dabei Schwierigkeiten?	Nein()	Ja ()
Welche ?	_____	

Seit wann ißt Ihr Kind selbständig?	seit _____	Monaten
Kann Ihr Kind durch einen Strohhalm trinken?	Nein()	Ja ()

SPRACHENTWICKLUNG

Hat Ihr Kind als Säugling geplappert ?	Nein()	Ja ()
Wann sprach es erste Wörter?	mit _____	Monaten
Hat Ihr Kind danach fortlaufend neue Wörter dazugelernt? Wann reihte es zwei sinnbezogene Wörter aneinander (z.B. Ball da, Papa Auto)?	Nein()	Ja () mit _____ Monaten
Ab wann bildete Ihr Kind richtige Sätze?	mit _____	Jahren
Ab wann stellte es folgende Fragen: Was ist das?"	mit _____	Jahren
"Warum?"	mit _____	Jahren
Erzählt Ihr Kind eher	viel	()
	mittel	()
	wenig	()

Ist dies von bestimmten Personen oder Situationen abhängig? Meinen Sie, daß Ihr Kind alles versteht, was Sie ihm sagen?	Nein()	Ja ()
Kann es Aufträge durchführen (z.B. Hol' mir den Teller!)	Nein()	Ja ()

Beantwortet Ihr Kind Fragen angemessen? Wie reagieren Sie, wenn Ihr Kind Fehler beim Sprechen macht ? (z.B. unterbrechen, korrigieren)	Nein()	Ja
Wie schätzen Sie die Sprechgeschwindigkeit ihres Kindes ein? -	langsam	()
	mittel	()
	schnell	()

Wie schätzen Sie den Stimmklang Ihres Kindes ein?

zu laut	()	zu leise	()
zu hoch	()	zu tief	()
heiser	()	normal	()

Sonstiges: _____

Atmet Ihr Kind häufig durch den Mund?	Nein()	Ja()
Haben oder hatten Sie den Eindruck, daß Ihr Kind schlecht/er hört?	Nein()	Ja()
Wurde schon einmal ein Hörtest gemacht?	Nein()	Ja()

ÄRZTLICHE UND THERAPEUTISCHE VERSORGUNG

Welche Ärzte/Behandler/Instutionen haben Sie mit Ihrem Kind bereits aufgesucht? (**bitte Name, Facharzt und Anschrift angeben**)

Kinderarzt _____

Augenarzt _____

Orthopäde _____

Neurologe
(Nervenarzt) _____

Psychologe _____

Hörgeschädigteneinrichtungen, Frühförderung, Sonstiges: _____

Krankengymnastik _____

Beschäftigungstherapie
(Ergotherapie) _____

Sprachtherapie _____

KONTAKT- UND SPIELVERHALTEN

Was und womit spielt Ihr Kind besonders gern?

Wie lange kann es sich mit einem Spielzeug beschäftigen'? _____

Spielt Ihr Kind lieber	allein	()
	mit anderen Kindern	()
	mit Erwachsenen	()