



Anamnese – Diagnostik/Entwicklung

Psychologische Praxis

Vorname NAME		SV-Nummer:	Geburtsdatum:
Postleitzahl, Wohnort Straße, Hausnummer			mitversichert bei:
Anliegen / Probleme / Schwierigkeiten	Folgende Probleme liegen vor / Grund der Überprüfung:		
Vorschulische Erziehung (+ Jahr)	Krabbelstube: ab 20__ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kindergarten ab 20__ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorschule ab 20__ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulbesuch in Österreich	Name der Volksschule (Primarstufe)		Name der Schule / Sekundarstufe (HS/MS/Gym)
	zuletzt besuchte Klasse / Schulstufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		zuletzt besuchte Klasse / Schulstufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Schulbesuch im Ausland / Heimatland	Schule (Primarstufe) + Dauer (Jahre)/Monate		Schule (Sekundarstufe) + Dauer (Jahre/Monate)
Klassen- wiederholungen	Wurde bisher eine Klasse wiederholt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, was war der Grund?		
Anlass für Klassen- wiederholung/en	Probleme beim / in <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Schreiben <input type="checkbox"/> Rechnen <input type="checkbox"/> Rechtschreibung <input type="checkbox"/> anderer Grund und zwar:		

Ergänzende anamnestische Fragen

Schwangerschaft – Besonderheiten, Probleme, ...		Rauchen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ____ / Tag Alkoholgenuss: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____
Geburt	<input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Geburt vor Termin (... Tage) <input type="checkbox"/> Geburt nach Termin (... Tage) <input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Geburt wurde eingeleitet <input type="checkbox"/> Geburt per Kaiserschnitt (Sectio)	
	Besonderheiten / Schwierigkeiten / Probleme:	
Entwicklung – motorisch	<input type="checkbox"/> freies Sitzen ab ____ Monaten <input type="checkbox"/> freies Gehen ab ____ Monaten <input type="checkbox"/> Radfahren ohne Stützräder ab ____ Jahren	Ist das Kind gekrabbelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Kann das Kind auf einem Bein stehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nur kurz <input type="checkbox"/> wackelig <input type="checkbox"/> nein
Entwicklung – sprechen	<input type="checkbox"/> erste Worte ab ____ Monaten <input type="checkbox"/> ganze Sätze ab ____ Monaten	<input type="checkbox"/> Logotherapie wurde/wird benötigt <input type="checkbox"/> Logotherapie für ____ Monate / Jahre
Entwicklung – sonstige	Kind wurde gestillt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ____ Monate Tagsüber ohne Windel ab ____ Monaten und nachts ab ____ Monaten	
Erkrankungen / Unfälle / Stürze	Welche (besonderen) Erkrankungen oder Vorkommnisse gibt es?	
Therapien / Diagnostik	Welche sonstigen Therapien / Diagnostiken wurden (werden) durchgeführt? Gibt es aktuelle Befunde?	
Medikamente	Welche Medikamente muss das Kind regelmäßig einnehmen und warum?	