



Anamnese – Diagnostik/Entwicklung

Psychologische Praxis

Vorname NAME			SV-Nummer:	Geburtsdatum:
Postleitzahl, Wohnort Straße, Hausnummer			mitversichert bei:	
Telefon/E-Mail	Telefonnummer (Eltern/Kind)		E-Mail (Eltern/Kind)	
Geschwisterfolge	Brüder: (Vorname + Alter)		Schwestern: (Vorname + Alter)	
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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schuleintritt am:
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:			

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"/> Logopädie wurde/wird benötigt <input type="checkbox"/> Logopädie 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 / Abklärungen wurden (werden) durchgeführt? Gibt es aktuelle Befunde?		
Medikamente	Welche Medikamente muss das Kind regelmäßig einnehmen und warum?		