



Anamnese-Fragenbogen Kind/Jugendlicher

Name, Vorname Kind:

Geburtsdatum Kind:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

1. Hatten Sie während der Schwangerschaft gesundheitliche Probleme?	ja	nein
2. Mussten Sie während der Schwangerschaft lange liegen?	ja	nein
3. Gab es bei Ihrer Geburt Schwierigkeiten? (Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals)?	ja	nein
4. Wurde Ihr Kind zu früh geboren?	ja	nein
5. Gab es einen Notkaiserschnitt?	ja	nein
6. Ist Ihr Kind mit Wunschkaiserschnitt auf die Welt gekommen?	ja	nein
7. War der Geburtsvorgang ungewöhnlich kurz oder lang?	ja	nein
8. Gab es wehenfördernde oder wehenhemmende Mittel?	ja	nein
9. War die Geburt eine Beckenendlage?	ja	nein
10. Lag Ihr Kind in den ersten Monaten überwiegend auf dem Rücken?	ja	nein
11. Steht Ihr Kind oft mit nach innen gedrehten Füßen da?	ja	nein
12. Ist Ihr Kind übergebühlich empfindlich auf: Geräusche?	ja	nein
13. Licht/Helligkeit?	ja	nein
14. Berührung?	ja	nein
15. Ist Ihr Kind überdurchschnittlich ängstlich?	ja	nein
16. Leidet Ihr Kind unter Trennungsangst?	ja	nein
17. Ist Ihr Kind schlecht im Diktat?	ja	nein
18. Hat Ihr Kind Angst vor Prüfungen (Bauchschmerzen, Übelkeit)?	ja	nein
19. Leidet Ihr Kind unter Nackenverspannungen?	ja	nein
20. Fällt es Ihrem Kind schwer eine Faust zu machen?	ja	nein
21. Hält Ihr Kind den Stift verkrampft?	ja	nein
22. Macht Ihr Kind beim Schreiben/Malen Mundbewegungen oder beisst es die Zähne zusammen?	ja	nein
23. Drückt Ihr Kind den Stift beim Schreiben/Malen fest auf?	ja	nein
24. Hat Ihr Kind wenig Lust zu schreiben oder ermüdet es schnell beim Schreiben?	ja	nein
25. Fausten Ihr Kind die Hände, wenn es sich in Bauchlage auf seine Unterarme stützt?	ja	nein
26. Spricht Ihr Kind eher undeutlich?	ja	nein
27. Neigt Ihr Kind dazu auf den Zehenspitzen zu gehen?	ja	nein
28. Rollt Ihr Kind seine Zehen immer wieder ein?	ja	nein
29. Zieht Ihr Kind seine Strümpfe und Schuhe umständlich an?	ja	nein
30. Stützt Ihr Kind beim Sitzen am Tisch häufig den Kopf in eine Hand oder in beide Hände?	ja	nein
31. Räkelt oder streckt sich Ihr Kind häufig beim Sitzen?	ja	nein
32. Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	ja	nein
33. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten etwas von der Tafel abzuschreiben?	ja	nein
34. Arbeitet Ihr Kind eher zu langsam?	ja	nein
35. Fragt Ihr Kind oft nach, da es etwas nicht verstanden hat?	ja	nein
36. Findet Ihr Kind das Abschreiben von einer Tafel anstrengend?	ja	nein
37. Leidet Ihr Kind unter Reiseübelkeit?	ja	nein
38. Verdreht Ihr Kind Buchstaben wie z.B. b und d?	ja	nein

39. Hat Ihr Kind Orientierungsschwierigkeiten?	ja	nein
40. Hat Ihr Kind ein gutes mündliches Wissen, kann dieses aber schlecht aufs Papier bringen?	ja	nein
41. Hat Ihr Kind Schreibschwierigkeiten (vor allem bei der Schreibrift)?	ja	nein
42. Legt Ihr Kind beim Schreiben das Blatt schief vor sich?	ja	nein
43. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in der Rechtschreibung, Grammatik oder Rechnen?	ja	nein
44. Lässt Ihr Kind beim Lesen oft Buchstaben aus?	ja	nein
45. Ist Ihr Kind leicht reizbar oder wütend?	ja	nein
46. Fällt es Ihrem Kind schwer beim Schreiben eine Linie einzuhalten?	ja	nein
47. Hat Ihr Kind Leseschwierigkeiten (zu langsames Lesen/fehlendes Leseverständnis)?	ja	nein
48. Hat Ihr Kind einen schiefen Gang?	ja	nein
49. War Ihr Kind über das Alter von 5 Jahren hinaus Bettnässer?	ja	nein
50. Mag Ihr Kind enge Kleidung nicht?	ja	nein
51. Wirkt Ihr Kind oft unorganisiert oder vergesslich?	ja	nein
52. Ist Ihr Kind redefreudig oder redet es übergebührlich viel?	ja	nein
53. Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen?	ja	nein
54. Sitzt Ihr Kind gern auf einem oder beiden Füßen?	ja	nein
55. Schlingt Ihr Kind beim Schreiben die Beine um die Stuhlbeine?	ja	nein
56. Hat Ihr Kind Probleme einen Ball zu fangen?	ja	nein
57. Hatte Ihr Kind Probleme beim Schwimmenlernen, besonders beim Brustschwimmen?	ja	nein
58. Hat Ihr Kind oft den Kopf gesenkt, wobei der Blick nach oben geht?	ja	nein
59. Hat Ihr Kind oft den Kopf im Nacken, wobei der Blick nach unten geht?	ja	nein
60. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten über längere Zeit still zu sitzen?	ja	nein
61. Lernt Ihr Kind schlecht?	ja	nein
62. Schreibt Ihr Kind langsam von der Tafel ab?	ja	nein
63. Ermüdet Ihr Kind schnell beim Lesen?	ja	nein
64. Liebt Ihr Kind Routine?	ja	nein
65. Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	ja	nein
66. Leidet Ihr Kind an Asthma, Allergien oder häufigen Infekten?	ja	nein
67. Flüchtet Ihr Kind gern in eine „Fantasiewelt“?	ja	nein
68. Steht sich Ihr Kind häufig selbst im Weg, „bewegt“ sich nicht?	ja	nein
69. Ist Ihr Kind oft traurig?	ja	nein
70. Kann Ihr Kind sich schlecht konzentrieren?	ja	nein
71. Trug Ihr Kind eine Zahnsperre?	ja	nein
72. Hat Ihr Kind Zahnfehlstellungen oder einen gotischen Gaumen?	ja	nein
73. Hat Ihr Kind einen übermäßig starken Speichelfluss?	ja	nein
74. Hat Ihr Kind lange am Daumen gelutscht?	ja	nein



Potentiale
leben

Birgit Knepper

Hofäckerstrasse 7/1

69245 Bammental

T: 06223 - 80 12 112

M: 0151 - 56 14 94 11

E : info@potentialeleben.com

www.potentialeleben.com

www.ipe-deutschland.de/knepper

www.rif-reflexintegration.de/knepper

Bitte füllen Sie den Anamnesebogen so gut wie möglich aus.

Bei mehr als 7 Ja-Antworten ist es sinnvoll, dass wir testen, ob noch frühkindliche persistierende Reflexe bei Ihrem Kind aktiv sind. Diese können für seine Lern- und Verhaltensprobleme verantwortlich sein.