

# KiSS-Spielgruppe Anamnesebogen

## Liebe Eltern!

Damit Ihr Kind an unserer Spielgruppe teilnehmen kann, brauchen wir von Ihnen einige allgemeine Angaben und Informationen zur Entwicklung Ihres Kindes.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sehr sorgfältig aus. Zutreffende Felder ankreuzen bzw. ausfüllen.

Wir versichern Ihnen, dass der Fragebogen mit absoluter Vertraulichkeit behandelt wird.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit freundlichen Grüßen

*Ihr KiSS-Team*

## 1. Allgemeine Angaben

1.1 Name der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

1.2 Vor-/und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_

1.3 Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

1.4 Größe: \_\_\_\_\_ cm

1.5 Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

1.6.1 Hat Ihr Kind Geschwister?  Ja  Nein

1.6.2 Wenn ja, dann nennen Sie bitte Namen, Geburtsjahr und Geschlecht!

Namen	Geburtsjahr	Geschlecht

## 2. Körperliche Entwicklung

2.1 Ist die körperliche Entwicklung Ihres Kindes altersgerecht?  Ja  Nein

2.2.1 Haben Sie motorische Auffälligkeiten an Ihrem Kind bemerkt? (z.B.: Fällt es oft hin? Bewegt es sich ungeschickt?)

Ja  Nein

2.2.2 Wenn ja, welche Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

2.3.1 Beherrscht ihr Kind das „Krabbeln“?  Ja  Nein

2.3.2 Wenn ja, ab welchem Monat konnte es „krabbeln“? \_\_\_\_\_ Monat

2.4.1 Konnte Ihr Kind bis zum 18. Monat „Laufen“?  Ja  Nein

2.4.2 Wenn nein, ab welchem Monat konnte es „Laufen“? \_\_\_\_\_ Monat

2.5.1 Nimmt oder nahm Ihr Kind an physiotherapeutischen Maßnahmen teil?  Ja  Nein

2.5.2 Wenn ja, nennen Sie bitte den Grund!

2.6.1 War Ihr Kind schon bei einer Kurmaßnahme?  Ja  Nein

2.6.2 Wenn ja, mit welcher Begründung? \_\_\_\_\_

2.7 Beobachten Sie selbst einen auffälligen Bewegungsdrang bei Ihrem Kind?  Ja  Nein

2.8 Ist Ihr Kind eher sehr passiv?  Ja  Nein

## 3. Psycho - soziale Entwicklung

3.1 Beschreiben Sie kurz das Schlafverhalten Ihres Kindes! (Uhrzeit, Dauer Rituale usw.)

3.2.1 Hat/hatte ihr Kind bereits Kontakte zu anderen Kindern gleichen Alters?  Ja  Nein

3.2.2 Wenn ja, in welchem Zusammenhang (familiär, Krabbelgruppe o.ä.)

3.3.1 Schätzen Sie die sprachliche Entwicklung Ihres Kindes als altersgerecht ein?  Ja  Nein

3.3.2 Wenn nein, haben Sie eine mögliche Erklärung? \_\_\_\_\_

3.4 Ist Ihr Kind bereits „sauber“?  Ja  Nein

3.5.1 Bemerkten Sie besondere Verhaltensweisen bei Ihrem Kind?  Ja  Nein

3.5.2 Wenn ja, welche der folgenden Verhaltensweisen ?

Verhaltensweise	Begründung
Wutanfälle	
Ängstlichkeit	

Sonstiges! Bitte genaue Angaben!


**4. Gesundheitliche Entwicklung**

4.1.1 Leidet Ihr Kind unter besonderen Krankheiten?  Ja  Nein

4.1.2 Wenn ja, welche Krankheiten ?

Krankheit	Letztes Auftreten / Dauer der Krankheit
Epilepsie	
Asthma	
Allergien	

Sonstiges! Bitte genaue Angaben!


4.2.1 Leidet Ihr Kind unter Sehschwierigkeiten?  Ja  Nein

4.2.2 Wenn ja, welche Sehschwierigkeiten ? \_\_\_\_\_

---



---

4.3.1 Leidet Ihr Kind unter Hörschwierigkeiten?  Ja  Nein

4.3.2 Wenn ja, welche Hörschwierigkeiten ? \_\_\_\_\_

---



---

4.4.1 Hatte Ihr Kind schon häufig Infektionskrankheiten (Schnupfen, Husten, Grippe, etc.)?  Ja  Nein

4.4.2 Wenn ja, welche Infektionskrankheiten ? \_\_\_\_\_

---



---

4.5.1 Hatte Ihr Kind schon Krampfanfälle?  Ja  Nein

4.5.2 Wenn ja, in welchen Situationen ? \_\_\_\_\_

---



---

4.6.1 Beobachteten Sie bei Ihrem Kind schon Atemnot in Ruhe oder Bewegung ?  Ja  Nein

4.6.2 Wenn ja, schildern Sie die Situation! \_\_\_\_\_

---



---

4.7.1 War Ihr Kind schon längere Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

4.7.2 Wenn ja, nennen Sie Ursache, Therapie und Zeitpunkt!

Ursache	Therapie	Zeitpunkt

4.8.1 Hatte Ihr Kind größere Unfälle oder Operationen?  Ja  Nein

4.8.2 Wenn ja, nennen Sie Ursache, Therapie und Zeitpunkt!

Ursache	Therapie	Zeitpunkt

4.9 Nutzen Sie / Ihr Kind das Angebot der U - Untersuchungen ?  Ja  Nein

4.10 Nimmt Ihr Kind besondere Medikamente?  Ja  Nein

4.10.1 Wenn ja, nennen Sie bitte den Grund und die Indikation!

- 
- 4.11 Hat Ihr Kind alle aktuellen Impfungen?  Ja  Nein
- 4.12 Wann wurde Ihr Kind zum letzten Mal gegen Tetanus geimpft? \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_
- 4.13 Bitte nennen Sie uns den für Ihr Kind zuständigen Hausarzt bzw. Kinderarzt!  
Name : \_\_\_\_\_  Hausarzt  Kinderarzt  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie dem ausgefüllten Fragebogen ein aktuelles Bild Ihres Kindes bei!**

**Vielen Dank für die Bearbeitung!**

Mit freundlichen Grüßen

***KiSS-Team***