

7.1 Anamnesebogen für Dyslalien

Name: _____ Datum: _____

geb.: _____ Therapeutin: _____

Adresse: _____

Gesprächspartner: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

Anlass der Anmeldung

Was führt Sie zu uns? Mit welcher Fragestellung kommen Sie?

(Wie umfassend wird die Artikulationsstörung betrachtet?)

Familienanamnese

Gibt es weitere Familienmitglieder mit Artikulationsstörungen oder anderen Sprech- oder Sprachauffälligkeiten?

Gibt es Familienmitglieder mit Hörstörungen oder sonstigen die Sprache oder das Sprechen beeinträchtigenden Erkrankungen?

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?

(Infektionen? Blutungen? Medikamenteneinnahme? Vorzeitige Wehen? Unfälle? Lageanomalien des Embryos?)

Wie verlief die Geburt?

(Termingerecht? Komplikationen wie Sauerstoffmangel oder Nabelschnurumschlingung? Spontangeburt oder Kaiserschnitt/Zangengeburt/Saugglocke? Geburtsgewicht und -größe, APGAR-Werte, Probleme nach der Geburt wie Gelbsucht?)

Frühkindliche Entwicklung

Konnten Sie Ihr Kind stillen? Gab es dabei Schwierigkeiten?

Gab es Probleme beim Saugen und Schlucken?
(Haben Sie beim Flaschensauger das Saugloch vergrößert?)

Wie gelang die Umstellung auf feste Nahrung? Gab es Schwierigkeiten beim Kauen?

Hat Ihr Kind Abneigungen gegen feste Nahrungsmittel? Schon immer?
(Zum Beispiel gegen Karotten, harte Brotrinde?)

Krankheiten

Welche Krankheiten hat Ihr Kind?

Ist Ihr Kind häufig erkältet?

Hat es oft Mittelohrentzündungen?

Leidet Ihr Kind an Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?
(Auch im Hinblick auf das therapeutische Angebot!)

Gab es schwerwiegendere Erkrankungen im Kindesalter?
(Operationen, Unfälle, Krankenhausaufenthalte?)

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Welche und wogegen?

Sensomotorische Entwicklung

Wie verlief die motorische Entwicklung Ihres Kindes?
Wann konnte es frei sitzen/krabbeln/laufen?

Wie schätzen Sie das Gleichgewicht Ihres Kindes ein?
(Stolpert es häufig? Geht es unsicher? Vermeidet es starke Bewegungsänderungen wie z. B. Schaukeln?)

Wie ist die Grobmotorik?
(Zum Beispiel beim Gehen oder Klettern?)

Wie schätzen Sie die Feinmotorik ein?

(Stifthaltung beim Malen, Schneiden, Umgang mit kleinem Material, Händigkeit?)

Wie reagiert Ihr Kind auf verschiedene Materialien?

(Zum Beispiel Sand, Matsch, Wasser, Leim, Creme?)

Wie reagiert es auf Körperkontakt? Sucht oder meidet es ihn?

Ist Ihr Kind geschickt? Wie geht es mit Material um?

Wie schätzen Sie das Gehör Ihres Kindes ein?

Wurde schon ein Hörtest gemacht? Wie war das Ergebnis?

Sprachentwicklung

Hat Ihr Kind als Säugling gelallt/gebrabbelt? Wann? Gab es einen Zeitpunkt, zu dem es plötzlich wieder verstummt ist?

Wann sprach Ihr Kind die ersten Wörter?

(Auch »Mama« und »Papa«.)

Wann kamen die ersten kleinen Sätze?

Stellte Ihr Kind Fragen? Wann? _____

Gab es Rückschritte oder Pausen in der sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes?

Wie erleben Sie das sprachliche Verhalten Ihres Kindes? Wie kommuniziert Ihr Kind allgemein?

(Spricht es gerne/viel/eher wenig? Spricht es verständlich?)

sehen Sie die sprachlichen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit einem bestimmten Ereignis?

Spiel- und Sozialverhalten

Wie und was spielt Ihr Kind?

(Kann es Regeln einhalten? Ist es ausdauernd im Spiel? Mit wem spielt es? Kann es sich auch alleine beschäftigen? Was spielt es besonders gerne? Welche Rolle übernimmt das Kind im Spiel?)

Wie verhält sich Ihr Kind im Umgang mit anderen Personen?

(Wie schnell findet es Kontakt? Hat es Freunde? Sind die Freunde älter oder jünger? Kann sich das Kind durchsetzen? Welche Rolle übernimmt das Kind im Kontakt mit anderen Personen?)

Psychosoziale Situation

Welche Bezugspersonen hat Ihr Kind? _____

Sind Sie berufstätig? (Wieviele Stunden am Tag abwesend?)

Welchen Beruf haben Sie erlernt, welchen üben Sie derzeit aus?

Hat Ihr Kind Geschwister? In welchem Alter? Wie versteht es sich mit ihnen?

Wer lebt noch in Ihrer Familie? _____

Geht Ihr Kind in den Kindergarten/in die Schule? In welche/n? Wie geht es Ihrem Kind dort?

Wird in Ihrer Familie noch eine andere Sprache/Dialekt gesprochen?

Hat Ihr Kind spezielle Angewohnheiten? (Zum Beispiel Schnuller, Daumenlutschen?)

Wahrnehmung der Störung im Umfeld des Kindes

Wer bemerkt die Sprech-/Sprachschwierigkeiten Ihres Kindes noch?

Wen stören sie?

Wie reagiert die Umwelt auf die sprachlichen Auffälligkeiten?

(Zum Beispiel Erzieherinnen, andere Kinder?)

Wie nimmt Ihr Kind seine Schwierigkeiten wahr?

Hat es auch andere nichtsprachliche Schwierigkeiten?

Woran würden Sie erkennen, dass die logopädische Therapie zu Ihrer Zufriedenheit verläuft?
Was wäre für Sie eine Verbesserung der derzeitigen Situation? Womit wären Sie ganz zufrieden?

Bisherige und geplante Therapien oder Maßnahmen

War Ihr Kind schon in therapeutischer Behandlung anderer Fachrichtungen? Finden derzeit
(oder demnächst) weitere Therapien statt?

Liegen spezielle Untersuchungs-/Therapiebefunde anderer Berufsgruppen vor?

(Zum Beispiel Hörtest, ergotherapeutischer Befund?)

Welche Termine hat Ihr Kind in seiner Freizeit noch?

Gibt es noch irgendetwas, von dem Sie denken, dass es wichtig für mich sein könnte?
