LERNOVUM
PÄDAGOGISCHES LERNZENTRUM
Lerntherapie · Entspannungstherapie · Erziehungsberatung

ausgefüllt am:

Anamnesebogen bei noch unklaren/größeren Lernstörungen / -blockaden

(von Eltern auszufüllen!)

Name des Kindes:
geb. am:
Anschrift:

Telefon:
Handy:
Schule:
Klasse:

Eltern/Erziehungsberechtigte:

Wann erreichbar unter:

Notieren Sie Stichworte oder ein Ja/Nein zu all den Punkten, die Sie beantworten können! Vielen Dank!

1. Allgemeine Angaben zur Lebenssituation:

Familienverhältnisse?

Trennungssituation?

Wohnortwechsel?

Schulwechsel in letzter Zeit?

Belastende Ereignisse in letzter Zeit?

Bezugspersonen des Kindes, mit dem es zusammenlebt:

Von wem wurde das Kind bisher hauptsächlich erzogen?

Erziehungsstil z.B. (anti-)autoritär?

Hat das Kind ein eigenes Zimmer?

Wie verbringt die Familie ihre Freizeit?

Wie verbringt Ihr Kind am liebsten seine Freizeit:

Wie beurteilen Sie das Kontaktverhalten Ihres Kindes?

Wie häufig ist ihr Kind mit Gleichaltrigen zusammen?

Welche regelmäßigen Aktivitäten hat das Kind außerhalb des Elternhauses (Stunden pro Woche)?

Nennen Sie bitte 5 bevorzugte Tätigkeiten/Hobbies Ihres Kindes, z.B. Fernsehen, Musikhören, Radfahren, Musizieren, Handy, Computerspiele, Lesen, im Freien spielen, Sport, Kindergruppen, Basteln, Sammeln, Tanzen, Rollenspiele…….

Welche drei (oder mehr) besonderen Stärken/Fähigkeiten hat Ihr Kind?

2. Schwangerschaft/Geburt:

Besonderheiten während der Schwangerschaft?

Besonderheiten bei der Geburt:
Früh-, Normal- oder Spätgeburt:

3. Frühkindliche Entwicklung:

Wann konnte das Kind sitzen, stehen, krabbeln, laufen?

Auffälligkeiten in Motorik/Sprache/Sonstigem:

Frühkindliches Temperament:

Schlafzeiten/Schlafprobleme:

Schreiphasen (Beruhigung durch?):

Ernährungsbesonderheiten:

früh erkannte Talente:

früh erkannte Defizite/Schwächen:

4. LERNGESCHICHTE

4.1.Kindergartenzeit

Eingewöhnung:

Loslösung:

Besonderheiten:

4.2.Grundschulzeit

Einschulung:

Name/Ort der Grundschule:

Verlauf der Grundschulzeit:

Auffälligkeiten, Probleme:

erhöhter Übungsaufwand in:

Erinnerung an Diskriminierung/peinliche Situationen (Auslachen, Bloßstellen…):

4.3.Weiterführende Schule

Einschulung:

LERNOVUM
PÄDAGOGISCHES LERNZENTRUM
Lerntherapie · Entspannungstherapie · Erziehungsberatung

Name/Ort der Schule:

Noten:

Stärken/Schwächen:

Einschätzung der Lehrkräfte (z.B. am Elternsprechtag):

Fiel der Übergang von der Grundschule zur weiterführenden Schule leicht oder schwer?

Wie geht es Ihrem Kind in der Schule?

Berichtet Ihr Kind von der Schule? Wenn ja, was?

Gibt es belastende Ereignisse/Vorfälle aus der Schule zu berichten?

Ist Ihr Kind besonderen Belastungen ausgesetzt (über längere Zeit)?

5. Lernprobleme generell

Allgemein oder speziell:

Bisherige Maßnahmen dagegen:

Lernprobleme zuhause in der Familie:

Bisherige Maßnahmen dagegen:

6. Untersuchungen

Gab es in letzter Zeit Untersuchungen an Augen, Ohren oder andere körperlichen Untersuchungen?

Liegen Befunde/Diagnosen vor? Wenn ja, welche?

Wurde Ihr Kind bereits auf AD(H)S untersucht?

Wurde der IQ Ihres Kindes in den letzten drei Jahren getestet?

Sonstiges:

Abgeschlossene oder laufende Therapien:

7. Somatischer Befund

Sind zurzeit körperliche Beeinträchtigungen/Krankheiten bei Ihrem Kind bekannt? Wenn ja, welche?

Hat das Kind besondere Krankheiten durchgemacht?

Aktuell behandelnde Ärzte:

Nimmt/nahm Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Krankenhausaufenthalte:

Sonstiges:

8. Psychischer Befund

Wie ist gewöhnlich die Grundstimmung Ihres Kindes?

Was sind die herausragenden Eigenschaften Ihres Kindes?

Welche Gefühle äußert Ihr Kind am häufigsten?

9. Verhaltensanalyse

Welche Gedanken äußert Ihr Kind in Problemsituationen?

Welche Gefühle äußert Ihr Kind in Problemsituationen?

Welche (Körper-)Reaktionen äußert Ihr Kind in Problemsituationen?

Welches Verhalten zeigt Ihr Kind in Problemsituationen?

10. Systemische Funktionsanalyse

Wodurch entstehen hauptsächlich Problemsituationen zuhause?

Wodurch entstehen hauptsächlich Problemsituationen in der Schule?

Wie verhält sich die Umgebung (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Erzieher, Lehrer), wenn das Problem auftritt?

Was würde sich in der Familie verändern, wenn das Kind keine Probleme mehr hätte?

Was erleben Sie als hilfreich/weniger hilfreich im Umgang mit den geschilderten Problemen?

Was haben Sie bisher versucht, um sich (und Ihrem Kind) zu helfen?

Leidet in der Familie/Verwandtschaft jemand unter ähnlichen Problemen? Wenn ja, bitte beschreiben!

11. Behandlungsziele

Was möchten Sie durch die lerntherapeutische Behandlung verändern?

Möchte Ihr Kind zurzeit lerntherapeutische Hilfe bekommen?

Nennen Sie Personen aus dem Umfeld des Kindes, die voraussichtlich motiviert wären, die lerntherapeutische Behandlung Ihres Kindes zu unterstützen (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern, Erzieher, Lehrer, andere Therapeuten, Freunde, andere):

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, diesen Bogen auszufüllen.
Ihr LERNOVUM-Team