

## Anamnese

Datum des Besuchs:

Auskunftsperson:

### Schülerin / Schüler:

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

AHV-Nummer:

Kinderarzt:

### Familienkonstellation:

(Eltern, Beruf, Herkunft, Geschwister, Sprache, weitere Bezugspersonen, Beaufsichtigung des Kindes, Erziehungsmilieu)

### Schwangerschaft und Geburt:

(Besonderheiten)

### Feststellung der Behinderung:

Zeitpunkt:

durch wen:

Medizinische Diagnose:

### Frühkindliche Entwicklung:

(Gehen, Sprechen, Sauberkeit...)

### Spätere Entwicklung:

#### Gesundheitszustand

(Allergien, Anfälligkeiten etc.)

#### Körperlich

#### Motorik

#### Wahrnehmung

#### Lernen / Kognition

#### Sprechen / Sprache

#### Affektivität

**Sozialverhalten**

**spezielle Auffälligkeiten**

**ergänzende Bemerkungen**

(Erziehung, bestehende Konflikte Familie, Schule etc.)

**Aktuell verabreichte Medikamente:**

**Bisherige Therapien:**

- Physio** von: bis:  
behandelnde Therapeutin:
- Ergo** von: bis:  
behandelnde Therapeutin:
- Logo** von: bis:  
behandelnde Therapeutin:
- von: bis:  
behandelnde Therapeutin:
- von: bis:  
behandelnde Therapeutin

**Foto:**

Ort und Datum:

Unterschrift: