

# POS-Anamnese nach Ruf



Name \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ Testdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters \_\_\_\_\_ Beruf der Mutter \_\_\_\_\_

Zuweisungsgrund \_\_\_\_\_ Zuweisung durch \_\_\_\_\_

Problemdefinition Eltern \_\_\_\_\_

Kind

Bisherige Behandlungen/Abklärungen

Organisierte Freizeitbeschäftigungen/Hobby

Anderes

## Persönliche Anamnese

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gibt es in ihrer Familie Hinweise auf ähnliche Vorkommen/o.a. Krankheiten? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Komplikationen bei der Geburt  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatte Ihr Kind schwere Erkrankungen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unfälle mit Kopfbeteiligung  |

## Neuromotorische Entwicklung

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hadte Ihr Kind als Neugeborenes Trinkschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Waren die motorischen Meilensteine verspätet         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fehlendes Krabbeln                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Waren die koordinativen Bewegungen erschwert         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hadte Ihr Kind Mühe beim Schuhe binden/lernen        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind die grobmotorischen Bewegungen mangelhaft       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind die feinmotorischen Bewegungen mangelhaft       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist das Schönschreiben erschwert                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist ihr Kind eher hyperaktiv/überaktiv               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - oder hypoaktiv                                     |

## Entwicklung der Wahrnehmungsfunktionen

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hadte ihr Kind als Säugling eine mangelhafte orale Exploration           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hadte es unübliche Ängste  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist ihr Kind nachlässig bei der Kleidung/Vergessene Kleidungsstücke etc. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat es Angst vor Neuem   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beobachtet ihr Kind besser als Zuhören                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Scheint es oft nicht zuzuhören   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist seine Sprachentwicklung verzögert                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die Sprechmotorik beeinträchtigt?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salivation/Geifert übermässig als Kleinkind                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat das Kind nicht gerne gesungen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beim Bilderbuchanschauen eine mangelnde Ausdauer?                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenig Ausdauer beim Spielen  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mangelhaftes Interesse und Ausdauer beim Zeichnen/unbeliebt              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Keine Geduld und Durchhaltevermögen bei Konstruktionsspielen             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Das Lesen lernen war erschwert   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die Diktate häufig mangelhaft  |

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatte Mühe im Rechnen                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | War das Erlernen von Reihen 1x1 erschwert? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | War ihr Kind stur                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neigte es zu Stereotypen                   |

## Psychische Reifung

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Als Säugling hat ihr Kind auffallend viel geschrien      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat als Säugling auffallend wenig geschrien              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat ihr Kind als Säugling nicht gefremdet                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist /war sein Verhalten distanzlos                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat ihr Kind Affektausbrüche                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat es nie getrotzt                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | War ihr Kind naiver als Gleichaltrige                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hatte es eine verminderte Konzentrationsfähigkeit        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | War ihr Kind nach der Schule erschöpft                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Waren seine Leistungen und das Verhalten konstant        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkennt ihr Kind die sozialen Regeln und hält es sie ein |

## Vegetative Funktionen

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat das Kind ein übermässiges Schlafbedürfnis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist sein Schlafbedürfnis vermindert           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bemerken sie eine Wetter- und Mondfähigkeit   |

## Reaktive Störungen

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |                                    |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat ihr Kind Einschlafstörungen    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchschlafstörungen?              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat es häufig Missstimmungen       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind seine Schularbeiten schludrig |

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leidet ihr Kind unter Bettnässen                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat es schwere Ängste                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leidet es an Enkopresis/Einkoten                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kaut es an den Nägeln                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat es häufige Kopfschmerzen                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bauchschmerzen?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bemerken sie autoerotische Ersatzhandlungen               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist ihr Kind aggressiv                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beobachten sie bei ihrem Kind eine Autoaggressivität      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zeigt es ein clownhaftes oder läppisches Verhalten        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist sein Verhalten überangepasst                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist es hypersensibel                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stottert es   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat es ein loses Mundwerk                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stichelt es andere Kinder                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist es gerne im Mittelpunkt                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unterbricht ihr Kind häufig die Gespräche der Erwachsenen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Will es immer der Chef sein                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erträgt die Kritik schlecht                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Es besteht eine grosse Geschwisterrivalität               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist es ein Tagträumer                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oder verschlossen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat ihr Kind Zwänge                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stiehlt es  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hören sie häufig vorsätzliche Lügen                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestehen Regressionstendenzen                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist es ein sozialer Aussenseiter                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Äussert ihr Kind Suizidgedanken                           |

## Erfreuliche Eigenschaften

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |                         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mein Kind ist sensibel  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sehr begeisterungsfähig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontaktfreudig          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nicht nachtragend       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Originell               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist ein Stehaufmännchen |

## Familiäre Situation

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |                                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Geschwister sind schwierig          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die Mutter überfordert              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mutter unterfordert                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Die Familie vermeidet Frustrationen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenig empathisch                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenig belastbar                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kleines Engagement                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Der Vater überfordernd              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desinteressiert                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alleinerziehung                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Familiäre Konstellation schwierig   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fremdplatzierung                    |

## Schulsituation

Ja    Nein    Unbekannt

- |                          |                          |                          |                                 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwierigkeiten im Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Einschulung war verspätet       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | War/ist in Einführungsklasse    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Repetition                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonderschulbesuch               |

**Sozialverhalten**

- | Ja                       | Nein                     | Unbekannt                |                                   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Umgang mit den Geschwistern?      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Umgang mit Schulkameraden         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat Umgang mit Peer-Group         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Guter Umgang mit den Erwachsenen? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Umgang mit Aussenseiter?          |

**Auskünfte**

- | Ja                       | Nein                     | Unbekannt                |                                 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sprachliche Leistungen?         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rechnen                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schönschrift                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsfähigkeit         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sein soziales Verhalten?        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist der Lehrer wenig belastbar? |