

## Anamnese

Zur Unterstützung Ihrer Behandlung bitten wir Sie

die Anamnese auszufüllen.  
Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Therapeuten.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

.....

---

Name des Patienten

.....

---

Geb. Datum

**Grund der Vorstellung/ Anliegen/ überwiesen von:**

.....

**Kindergarten/ Schule/  
Aktuelle Klassenstufe:  
wann eingeschult:**

.....

**Schulischer Verlauf/  
wurde wiederholt:**

.....

**Frühere Sprachtherapie/  
Sonstige Therapien/  
Förderung:**

.....

**Geschwister/  
Familienkonstellation:**

.....

**Schwangerschaftsauffälligkeiten/  
Geburtskomplikationen:**

.....

**Auffälligkeiten bei U- Untersuchungen:**

.....

**Infekte/ Allergien/  
Medikamente/ OP:**

.....

**Bekannte Auffälligkeiten  
In der Kindesentwicklung:  
(Sprache, Bewegung,  
Sozialverhalten,  
Hören, Zahnwechsel,  
Sauberkeitsentwicklung etc.)**