



Fragebogen zum Erstgespräch

Datum Erstgespräch: _____

Allgemeine Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Schule/Kita: _____

Mutter/Name: _____

Vater/Name: _____

Geschwister: _____ geb.: _____

_____ geb.: _____

_____ geb.: _____

Kontakt

telefonisch

Festnetz: _____

Mobil: _____

Kontakt E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ **Vers.Nummer:** _____

Kinderarzt: _____

Mein Kind wird bei folgenden Therapeuten behandelt: Bitte geben Sie Name und Adresse an.

Logopädie _____

Ergotherapie _____

Physiotherapie _____

sonstige _____

Anamnese

Mein Kind hat folgende Diagnosen erhalten:

Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes bereits getestet?

- ja bei _____
 nein _____

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes bereits getestet?

- ja bei _____
 nein _____

Wurde das Sprachverständnis Ihres Kindes bereits getestet?

- ja bei _____
 nein _____

Hat Ihr Kind motorische Einschränkungen (d.h. Einschränkungen in der Beweglichkeit oder Koordination von Bewegungen)?

- ja Folgende: _____

 nein _____

Kommunikation des Kindes

Im Folgenden geht es darum, einen Überblick darüber zu schaffen, mit welchen Methoden Ihr Kind mit welchen Personengruppen kommuniziert. Bitte kreuzen Sie die entsprechende Methode auch dann an, wenn Ihr Kind sie nur manchmal oder nur bei einigen Menschen der Personengruppe nutzt.

Kommunikationsformen	Personengruppen				
	Familienmitglieder	Enge Freunde	Bekannte*	Professionelle Helfer**	Fremde
Lautsprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lautieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebärden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigen/Berühren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mimik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symbole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörpersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrift/Zeichnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial schwieriges Verhalten***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Bekannte: z.B. Nachbarn, Klassenmitglieder/Kinder aus der Kitagruppe, die nicht zum Freundeskreis gehören

**Professionelle Helfer: z.B. Erzieher, Lehrer, Therapeuten, Einzelfallhelfer

***sozial schwieriges Verhalten: z.B. Treten, Schlagen, lautes Schreien

Wenn Ihr Kind ein elektronisches Hilfsmittel erhalten hat, geben Sie bitte Name und Firma an:

Welche Kommunikationsformen nutzt Ihr Kind insgesamt am häufigsten?

Wie schätzen Sie die Motivation Ihres Kindes zu kommunizieren ein?

sehr motiviert motiviert wenig motiviert nicht motiviert Weiß ich nicht

Wie drückt ihr Kind ja und nein bzw. Zustimmung und Ablehnung aus?

Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind Lautsprache gut versteht?

immer oft selten nie Weiß ich nicht

Welche Sprachen spricht/versteht Ihr Kind?

Welche Methoden wenden Sie an, um Ihrem Kind das Verstehen zu erleichtern (z.B. langsames Sprechen, Zeigen, Gebärden, Bilder)?

Präferenzen und Wünsche

Was sind Lieblingsthemen, Lieblingsaktivitäten oder Lieblingsspiele ihres Kindes?

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie/Ihr Kind an die Sprachtherapie mit dem Schwerpunkt Unterstützte Kommunikation?