KST Kasseler Stottertherapie

Flüssiger sprechen.
Freier leben.

Anamnesebogen

Um eine Diagnostik mit Ihnen bzw. Ihrem Kind durchführen zu können, benötigen wir im Vorfeld einige Angaben von Ihnen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit Ihnen Kenntnisse darüber vorliegen und soweit diese für Sie zutreffend sind.
Rechtlicher Hinweis: Das Institut der Kasseler Stottertherapie und alle seine Therapeutinnen und Therapeuten unterliegen wie Ärzte der Schweigepflicht. Daher werden Ihre Angaben vertraulich behandelt

Allgemeine Angaben

Name, Vorname Therapieteilnehmer/in _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht O männlich O weiblich O divers

Adresse (Straße, PLZ, Ort) _____

Telefonnummer Festnetz _____

Telefonnummer Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Krankenkasse Therapieteilnehmer/in _____

Versicherten-Nr. Therapieteilnehmer/in _____

Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Ärztin _____

_____

_____

Derzeitige Tätigkeit oder Betreuungsform (Beruf, Studium, Ausbildung, Schule, Vorschule, Kita,...)

_____

Bei Schul- und Vorschulkindern: **Welche Schulform und Klasse (ab wann)?**

_____

Bei Minderjährigen bitte ausfüllen:

Name, Vorname der Mutter _____

Beruf _____ zur Zeit berufstätig? O Ja O Nein

Name, Vorname des Vaters _____

Beruf _____ zur Zeit berufstätig? O Ja O Nein

Wer lebt zusammen im gleichen Haushalt?
(Namensnennung nicht notwendig, z.B. Vater, Mutter, Bruder oder z.B. Mutter, Großvater)

_____

Welche Sprache ist die Muttersprache? _____

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen?

O Deutsch

O Mehr Deutsch als eine andere Sprache Welche andere Sprache? _____

O Mehr eine andere Sprache als Deutsch Welche andere Sprache? _____

O Ausschließlich eine andere Sprache Welche andere Sprache? _____

Medizinische Vorgeschichte

Sind eine oder mehrere der folgenden Diagnosen / Besonderheiten bekannt?

Hörstörung	O	_____
Sehstörung	O	_____
Wahrnehmungs-/Aufmerksamkeitsstörung	O	_____
Ernährungsstörung	O	_____

Welche der aufgeführten Erkrankungen traten auf / treten aktuell auf und zu welchem Zeitpunkt?

Mittelohrentzündung	O	_____
Allergien (Nahrungsmittel, Insekten usw.)	O	_____
Wahrnehmungs-/Aufmerksamkeitsstörung	O	_____
Unfall (Verletzung des Kopfes)	O	_____
Krampfanfälle (Epilepsie)	O	_____
Körperbehinderung	O	_____
Geistige Behinderung	O	_____
Mumps, Masern, Röteln	O	_____
Sonstige Auffälligkeiten	O	_____

Bisherige Krankenhausaufenthalte?

Zeitraum: _____ Klinik: _____ Grund: _____

Zeitraum: _____ Klinik: _____ Grund: _____

Zeitraum: _____ Klinik: _____ Grund: _____

Benötigt der / die Therapieteilnehmer/in Medikamente? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt oder gab es eine weitere Fördermaßnahme?
(ggf. bitte ankreuzen und den Grund der Betreuung, wie auch den Zeitraum angeben)

Ergotherapie O _____

Krankengymnastik O _____

Frühförderung O _____

SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) O _____

Sonstige Einrichtungen O _____

Im Falle von Logopädie / logopädischen Maßnahmen: siehe unten

Angaben zum Sprechen und Stottern

Sind in der Familie allgemeine Sprach- oder Sprechstörungen bekannt? O Ja O Nein
(evtl. auch bei entfernten Verwandten)

Wenn ja, welche? _____

Gibt es in der Familie des Vaters oder der Mutter andere Personen, die stottern oder früher einmal gestottert haben? *(Großmutter/Großvater, Schwester/Bruder, Cousine/Cousin)* O Ja O Nein

_____

In welchem Alter wurden die Sprechunflüssigkeiten zum ersten Mal bemerkt?

_____ Jahre

Gibt es eine Entstehungshypothese? *(Vermutung über Grund/Auslöser des Stotterns)*

_____

_____

_____

Welche Art(en) von Unflüssigkeiten fallen Ihnen am Sprechen auf?

O Wiederholungen von kurzen Wörtern
O Wiederholungen von Silben
O Wiederholungen von einzelnen Lauten (Buchstaben)
O ”Hängenbleiben”, Blockierungen
O Dehnen und ”Langziehen” von Lauten (Buchstaben)
O Mitbewegungen des Körpers beim Sprechen
O Andere, nämlich _____

Sind Ihnen außer den Unflüssigkeiten noch andere Veränderungen aufgefallen?

O Nein
O Mitbewegungen des Körpers beim Sprechen
O Anstrengung beim Sprechen
O Austauschen von Wörtern/Umstellen von Sätzen
O Vermeiden von Sprechen
O Sonstiges _____

Gibt es noch andere Dinge, die Ihnen am Sprechen oder der Sprache auffallen?

O Nein
O Schwierigkeiten in der Grammatik
O schnelles, hastiges Sprechen
O auffälliger Stimmklang (Heiserkeit, näseln…)
O geringer Wortschatz
O Schwierigkeiten beim Verstehen von Sprache
O die ganze Sprachentwicklung scheint verspätet zu sein
O auffällige Aussprache bestimmter Laute (z.B. Lispeln)
O Lese-, Rechtschreibschwäche
O Sonstiges _____

Wie schätzen Sie den Schweregrad der Sprechunflüssigkeiten ein?

leicht ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ sehr ausgeprägt

Inwieweit ist das Sprechen in der Ausbildung/Schule oder im Beruf wichtig?

gar nicht wichtig	eher unwichtig	mittelmäßig	relativ	sehr
☐	☐	☐	☐	☐

Inwieweit beeinträchtigt das Stottern in der Ausbildung/Schule/Kita oder im Beruf?

gar nicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
☐	☐	☐	☐	☐

Wie hat sich die Sprechflüssigkeit in den letzten 12 Monaten verändert?

deutlich verbessert	etwas verbessert	keine Veränderung	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert
☐	☐	☐	☐	☐

Wie gehen Sie selbst, als Eltern oder weitere Bezugsperson mit den Sprechunflüssigkeiten um?

_____

_____

Bei Kindern: **Wie geht Ihr Kind mit dem Auftreten der Sprechunflüssigkeiten um?**
(in der Kommunikation und emotional)

_____

_____

Gibt es situations- oder personenabhängige Veränderungen der Symptomatik?
(zu Hause, Schule, andere Kinder/Erwachsene, tagesabhängige Veränderungen, Ferien)

_____

_____

Bei Schulkindern: **Beeinträchtigt das Stottern die schulischen Leistungen? Wenn ja, in welcher Form?**
(z.B. mangelnde mündliche Beteiligung, lautes Vorlesen)

_____

Bisherige Therapieerfahrung

Wurden schon Therapien bezüglich des Stotterns gemacht?

O Nein

O Ja (*Wann, wo und wie häufig?*)

_____

_____

Falls bekannt: Was waren Inhalte der Therapie bzw. nach welchem Konzept wurde gearbeitet?

_____

_____

Waren Sie / Ihr Kind bereits aus einem anderen Grund in logopädischer/sprachtherapeutischer Behandlung? *(z.B. wegen eines verspäteten Sprechbeginns, einer Aussprachestörung, Wortschatz- oder Grammatikprobleme)*

_____

_____

Therapiemotivation

Was sind die Erwartungen an die Kasseler Stottertherapie?

O sehr große Erfolge O gute Erfolge O mäßige Erfolge

Was erhoffen Sie sich für Ihr Sprechen / das Sprechen Ihres Kindes?

_____

_____

Organisatorische Fragen

Ist die Therapie organisatorisch und zeitlich möglich?
Wie viel Zeit können Sie für tägliche Übungen zu Hause aufbringen?

_____

Gibt es einen Computer (PC) der für Therapiezwecke täglich genutzt werden kann?

_____

Weitere Anmerkungen:

_____

_____

_____

Die KST Institut GmbH hat mit allen großen Krankenkassen Verträge. Sollten Sie aber einer Krankenkasse ohne Vertrag angehören, die die Therapiekostenübernahme ablehnt (trotz Widerspruch und Bemühungen aller), wären Sie bereit die Kosten selbst zu tragen?

O Ja O Nein

Sind Sie in einer Rechtsschutzversicherung?

O Ja O Nein

- Nur für Kinder -

Familiäre Situation des Kindes

Angaben zur Wohnsituation:

O ländlich O Vorort O Innenstadtlage

O Garten O Spielstraße O Innenhof

O eigenes Zimmer O Kind teilt sich das Zimmer mit _____

Ist ein Elternteil alleinerziehend?

O Nein

O Ja, die Mutter

O Ja, der Vater

Wer betreut das Kind überwiegend? *(z.B. Mutter 70 %, Vater 30 %, Großeltern 10 %, andere Personen)*

_____

_____

Wer wird das Kind voraussichtlich bei der Therapie begleiten?

O Mutter O Vater O Anderer Angehöriger (bitte angeben): _____

Angaben zu den Geschwisterkindern:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorgeschichte des Kindes

Wie weit ist Ihr Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen entwickelt? Bezüglich der…

…allgemeinen Entwicklung:	O verzögert	O wie Gleichaltrige	O weiter als Gleichaltrige
…sprachlichen Entwicklung:	O verzögert	O wie Gleichaltrige	O weiter als Gleichaltrige
…motorischen Entwicklung:	O verzögert	O wie Gleichaltrige	O weiter als Gleichaltrige

Hatte das Kind Geburts- oder frühkindliche Entwicklungsschäden?

O Nein O Ja (*welche?*) _____

Wie verlief die motorische Entwicklung Ihres Kindes?

Selbständiges Sitzen	mit _____ Monaten
Krabbeln	mit _____ Monaten
Erste Schritte	mit _____ Monaten
Freies Laufen	mit _____ Monaten

Womit spielt / beschäftigt sich Ihr Kind besonders gerne? Welche Themenbereiche interessieren es?

_____

_____

Wie lange kann sich Ihr Kind allein beschäftigen? _____ Minuten

Wieviel Zeit haben Sie durchschnittlich pro Tag, innerhalb der Familie, in der Sie sich mit dem Kind beschäftigen? *(z.B. gemeinsam spielen, basteln, vorlesen)*

_____

Spielt Ihr Kind mit gleichaltrigen Kindern? Hat es Freunde?

O Ja O Nein O ein paar Wenige

Wie würden Sie Ihr Kind mit wenigen Sätzen beschreiben?

_____

_____

_____

Welche Angaben können Sie zur Sauberkeitserziehung Ihres Kindes machen?

O Sauberkeitserziehung abgeschlossen mit _____ Monaten (am Tag)
mit _____ Monaten (in der Nacht)

O Sauberkeitserziehung noch nicht abgeschlossen

In welchem Alter konnten Sie folgende Meilensteine der Sprachentwicklung beobachten?

Lallen	O mit _____Monaten	O kein Lallen
erste Wörter	mit _____ Monaten	
erste Zwei-Wort-Sätze	mit _____ Monaten	
längere Sätze	mit _____ Monaten	

Würden Sie das Sprachverständnis Ihres Kindes als altersgemäß beschreiben?

O Ja O Nein, weil _____

Ist der aktive Wortschatz altersgemäß entwickelt?

O Ja O Nein, Anmerkung _____

Würden Sie Ihr Kind als sprechfreudig beschreiben?

O Ja O Nein O ein wenig

Ergreift Ihr Kind von sich aus die Initiative zur Kommunikation?

O Ja O Nein O ein wenig