

Anamnesebogen

für das Internat und Tagesheim St.Raphael

(Bitte bis 3 Wochen nach Eintrittsbeginn des Schülers
fertig!! ausfüllen!!!)

Datum:

Internat o Tagesheim o Mittagstisch o

I PERSONALIEN

1) Persönliche Daten des Schülers /der Schülerin

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Geburtsort:.....

Adresse:.....

.....

Telefonnummer:.....

Staatsbürgerschaft:.....

2) Angehörige

Mutter

Familienname:.....

Vorname:.....

Adresse:.....

.....

Telefonnummer(n)privat:.....

Erreichbar von:.....bis:.....

Telefonnummer(n) geschäftlich

(für Notfälle):.....

E-Mail:.....

Staatsbürgerschaft:

Vater

Familiennam e :.....

Vorname :.....

Beruf :.....

Adresse :.....

.....

Telefonnummer(n)privat :.....

Erreichbar von :.....bis :.....

Telefonnummer(n) geschäftlich
(für Notfälle) :.....

E-Mail :.....

Staatsbürgerschaft :

Familienstand der Eltern :.....

Sorgerecht für den/die Schüler/in :.....

.....

Weitere Kontakt- Vertrauensperson

Name :.....

Adresse :.....

.....

Telefonnummer :.....

Verhältnis (Onkel, Tante, ...) :.....

3) Versicherungsdaten

Versicherungsnummer des Schülers:.....

Sozialversicherungsanstalt:.....

Selbst versichert ja nein

Name des Versicherten:.....

Versicherungsanstalt:.....

Versicherungsnummer des Versicherten:.....

Beruf und Dienstgeber des Versicherten:.....

.....

Pflegestufe:.....

4) Behörden

Um Kostenübernahme angesucht ja nein

Behörde, bei welcher um Kostenübernahme angesucht wurde:.....

.....

Adresse:.....

Zuständige/r Sozialarbeiter/in:.....

Telefonnummer:.....

II MEDIZINISCHE DATEN

1) Augenmedizinische Angaben:

Augenbefund:.....

.....

Ursachen der Sehschädigung:.....

Sehgeschädigt seit:.....

Grad der Sehschädigung:.....

.....

.....

(vollblind, hell/dunkel, lichtempfindlich, erkennt Farben/
Gegenstände, kommt im Alltag /nicht/gut zurecht, Probleme...)

2) Weitere medizinische Befunde:

Körperliche Beeinträchtigung: ja nein

Wenn ja, welche:.....

.....

Ursache/seit:.....

.....

Geistige Beeinträchtigung: ja nein

Wenn ja, welche:.....

.....

Ursache/seit:.....

.....

3) Medikamente:

Müssen regelmäßig Medikamente eingenommen werden: ja nein

Welche:.....

.....

Selbständige Einnahme der Medikamente: ja nein

Bemerkungen:.....

4) Hilfsmittel:

Hörapparat Brille/Kontaktlinsen

Prothesen Blindenstock:

Sonstiges:..... . .

Bemerkungen:.....

5) Bisherige medizinische Versorgung:

Hausarzt:.....

.....

Augenarzt:.....

.....

Andere Ärzte:.....

.....

Operationen/ Augenoperationen:.....

.....

.....

Impfungen: Polio I II III, Diphtherie-Pertussis-Tetanus,
Masern-Mumps, Röteln, Zecken,

.....

Kinderkrankheiten:.....

.....

.....

Erbliche Erkrankungen in der Familie:

.....

.....

Erkrankungen wie Allergien, Gerinnungsstörungen, Epilepsien
oder andere Anfallskrankheiten,
Stoffwechselerkrankungen:.....

.....

.....

Worauf ist zu achten, was sollte der/die Schüler/in vermeiden:

.....

.....

Untersuchungen, die laufend, in welchen Abständen durchgeführt
werden müssen:

.....

.....

Zeigt der/die Schüler/in folgende Symptome wie Bettnässen,
Einkoten, Schlafstörungen, Wackeln, Drehen, Aggressionen,
Autoaggressionen, Phobien, Depressionen oder andere?

.....

.....

.....

III) Therapien und Fördermaßnahmen:

(z.B.:Physiotherapie, Ergotherapie, Frühförderung, Logopädie, Schwimmtherapie,...)

1) Bisher durchgeführte Therapien und Fördermaßnahmen:

..... von bis

..... von bis

..... von bis

Name der Therapeuten, Sozialarbeiter, usw.:

.....

.....

2) Gewünschte Therapien und Fördermaßnahmen:

Lebenspraktische Fertigkeiten (Esstraining, Kleiderpflege,...) 0

Mobilitätstraining 0

Therapeutisches Schwimmen 0

Reittherapie 0

Physiotherapie 0

Sonstiges:.....

.

IV) Schulischer Bereich:

Schulbildung

Bisherige Schulbildung und Ausbildungsort:

.....
.....

Schulstufe:

Früherer Klassenlehrer:.....

Tel.:.....

Schulische Stärken und Schwächen:.....

.....
.....

Arbeitshaltung:.....

.....

Voraussichtliche Dauer des Schulbesuchs:.....

Bemerkungen:.....

.....

V) Lebenspraktischer Bereich und Mobilität:

1) Essensfertigkeiten:

Selbständig essen ja nein Bemerkungen:

.....

Selbständig trinken ja nein Bemerkungen:

.....

Selbständig schneiden ja nein Bemerkungen:

.....

2) Kleidung:

Selbständig an- und ausziehen ja nein Bemerkungen:

.....

Kleider herrichten und einräumen ja nein Bemerkungen:

.....

3) Körperpflege:

Selbständig auf die Toilette gehen ja nein

Bemerkungen:

.....

Selbständig Zähne putzen ja nein

Bemerkungen:

.....

Selbständig Gesicht und Hände waschen ja nein

Bemerkungen:

.....

Selbständig duschen
Bemerkungen:

ja nein

.....

4) Sonstiges:

Sicherheit im Straßenverkehr/ Einhaltung von Verkehrsregeln

ja nein

Bemerkungen:

.....

Orientierungsvermögen im Haus/ im Freien ja nein
Bemerkungen:

.....

Kenntnis der Uhr/ Zeit
Bemerkungen:

ja nein

.....

Umgang mit Geld/ Einkaufen
Bemerkungen:

ja nein

.....

VI) Freizeit:

Stärken, Vorlieben und Hobbies:

.....

Schwächen und Abneigungen:

.....

VII) Sonstige Informationen:

Bevorzugte Speisen:.....

.....

Abgelehnt wird:.....

.....

Kost: Normalkost

Diät: welche:.....

.....

VIII) Vorrangige Förderbereiche:

1) Von den Eltern:

2) von der Schule (falls schon bekannt):

3) vom Team:

IX) Familie:

1. Informationen zur Familie/ Familienverhältnisse/
Bemerkungen:

2. Vereinbarungen mit den Eltern (bei Bedarf):

X) Persönlichkeitsstruktur:

1. Durchsetzungsvermögen/ Kompromissbereitschaft:

2. Frustrationstoleranz:

3. Selbsteinschätzung/ Realitätsbezug:

4. Umgang mit Nähe und Distanz:

5. Verlässlichkeit/ Pünktlichkeit:

6. Emotionales Verhalten:

7. Sonstiges:

XI) Sozialverhalten:

1. Kontaktverhalten/ Kommunikation: (Blickverhalten, Handschlag, Gestik, Mimik,.....)

2. Eingliederung in die Gruppe: (von anderen angenommen oder abgelehnt, bemüht in die Gruppe zu kommen, ...)

3. Sonstiges:

XII) Motorik:

(Grob- und Feinmotorik, starker oder geringer Bewegungsdrang, ...)

XIII) Selbständigkeit:

(LPF, Persönlichkeit, ...)

XIV) Sonstiges: