

## ***OGS Katterbach***

*GGS Katterbach  
Kempener Str. 187,  
51467 Bergisch Gladbach  
Tel.: 02202 83052  
Träger: Ev-angel-isch gGmbH*

### **Anamnesebogen**

Liebe Eltern,  
wir bitten Sie den folgenden Anamnesebogen auszufüllen. Ziel des Bogens ist es zum einen, uns alle wichtigen Informationen auf einem Blick zu ermöglichen. Zum anderen sollen uns die aufgeführten Fragen helfen individuell auf ihr Kind eingehen zu können. Vor allem für die ersten Wochen, bis wir ihre Kinder kennen gelernt haben, ist es sehr hilfreich.

**Sollte es im Laufe des Betreuungszeitraumes zu Änderungen der genannten Informationen kommen, bitten wir, dass Sie uns dies direkt mitteilen.**

---

#### **Pflichtangabe**

Anamnese aufgenommen am:

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

#### **Angaben der Erziehungsberechtigten**

Name	Name
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Email-Adresse	Email-Adresse
Telefonnummern Handy: Festnetz: Dienstlich:	Telefonnummern Handy: Festnetz: Dienstlich:

Notfallkontakt: (Bitte 2 Kontakte angeben!)

Name	Name
Telefonnummern	Telefonnummern
Handy:	Handy:
Festnetz:	Festnetz:
Dienstlich:	Dienstlich:

Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt?

ja       nein      Wenn nein, wo lebt das Kind? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Geschwister?

nein       ja      Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Kinder aus Ihrer Familie bei uns in der OGS betreut?

ja       nein

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Müssen wir durch die Religionsangehörigkeit bestimmte Regeln beachten?

ja       nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Feiern Sie in Ihrer Familie landestypische oder religiöse Feste?

nein       ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten etc.?

nein       ja      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Kind aktuell Therapien?

nein     ja    Wenn ja, welche und wo? \_\_\_\_\_

Oder

Hat ihr Kind schon einmal an einer Therapie oder Frühförderung teilgenommen?

nein     ja    Wenn ja, welche und wo? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente?

nein     ja    Wenn ja, Name des Medikamentes angeben: \_\_\_\_\_

Hat oder hatte Ihr Kind chronische Krankheiten und/oder Beeinträchtigungen (Sehen, Hören, emotional, sozial, kognitiv)?

nein     ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Möchten Sie uns noch etwas über Ihr Kind mitteilen?

---

---

---

---

Was erwarten Sie von unserer Einrichtung und von einer konstruktiven Erziehungspartnerschaft?

---

---

---

---

---

---

---

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten