

## Anamnesebogen für die Erstberatung bei der BbB

### Beratungsstelle besondere Begabungen

Felix-Dahn-Straße 3, 20357 Hamburg

Telefon: 040/42 88 42 - 206

Telefax: 040/42 88 42 - 218

E-Mail: [beratung-bbb@li.hamburg.de](mailto:beratung-bbb@li.hamburg.de)

[www.li.hamburg.de/bbb](http://www.li.hamburg.de/bbb)

Liebe Eltern,

für die Beratung sind einige Angaben von Ihnen nötig. Wir sind Ihnen daher für die Beantwortung der folgenden Fragen dankbar. Sollten einzelne Fragen auf Sie/Ihr Kind nicht zutreffen, lassen Sie diese einfach aus. Ihre Angaben werden von uns nach den hamburgischen Richtlinien für Datenschutz und Informationsfreiheit vertraulich behandelt.

**Dies ist ein ausfüllbares PDF:** Bitte tragen Sie Ihre Daten ein, speichern den Bogen unter dem Nachnamen Ihres Kindes ab und mailen diesen zurück an → [beratung-bbb@li.hamburg.de](mailto:beratung-bbb@li.hamburg.de).

Vielen Dank.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihnen

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

wohnhaft bei:  beiden Eltern  Mutter  Vater

Sorgerecht:  gemeinsame Sorge  alleinige Sorge Mutter  alleinige Sorge Vater

Sonstige: \_\_\_\_\_

Welche Sprache(n) sprechen Sie zuhause: \_\_\_\_\_

Geschlecht des Kindes:  weiblich  männlich  divers

Anzahl Kinder im Haushalt: \_\_\_\_\_ Stellung in der Geschwisterreihe:  1  2  3  4  5  6  
(bitte ankreuzen)

### Angaben zur Schule

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Stadtteil: \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_

## Was ist Ihr Anliegen an die Beratung?

---



---



---

## Informationen zur Schullaufbahn

Gab es Schulwechsel:  nein  ja wenn ja, in welche(n) Klassenstufe(n): \_\_\_\_\_  
 Überspringen der Klasse erfolgt:  nein  ja wenn ja, in welche(n) Klassenstufe(n): \_\_\_\_\_  
 Vorzeitige Einschulung:  nein  ja

## Bisherige Beratungskontakte

Sind Sie bereits in Beratung:  nein  ja Wenn ja:  
 In der Schule:  Fachkraft f. Begabtenförderung  Beratungslehrkraft  Förderkoordination  
 Schulleitung  sonstiges \_\_\_\_\_  
 Außerschulische Beratungseinrichtung:  ReBBZ  Erziehungsberatung  
 Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)  andere: \_\_\_\_\_

## Anamnestische Informationen

Liegt bereits eine Intelligenztestung vor:  ja  nein

Wenn ja: Wann und wo erfolgte die Diagnostik?

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns vorliegende Testberichte vorab zu.

Gibt es weitere Befunde:  nein  ADHS  Autismus-Spektrum-Störung  
 Lese-Rechtschreib-Schwäche  Sonstiges: \_\_\_\_\_

War bzw. ist Ihr Kind in einer der folgenden Behandlungen?

Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie  Psychotherapie  
 Lerntherapie  weiteres \_\_\_\_\_

Falls ja: Aus welchem Grund und wie lange? Ist die Behandlung abgeschlossen?

---



---

Gibt es weitere Informationen zum Kind, die relevant sein könnten (z.B. chronische Krankheiten, Besonderheiten in der Entwicklung etc.):

---



---