



Sie interessieren sich für eine ergotherapeutische Behandlung Ihres Kindes in
Der Fachpraxis Weber?

Wenn Sie bereits einen Termin vereinbart haben, drucken Sie bitte den Bogen aus
und füllen ihn in Ruhe zu Hause aus.

Ihre Angaben werden ausschließlich praxisintern vertraulich behandelt und sind
Bestandteil der Befunderhebung.

Zum ersten Termin bringen Sie ihn bitte ausgefüllt mit.

Anamnesefragebogen Ergotherapie

Name, Vorname des Kindes

Evtl. abweichender Name der Eltern

Geburtsdatum

Adresse

.....

Tel.-Nr. privat mobil.....

Schule / Kindergarten.....

Familienmitglieder, die in der Wohnung leben.....

Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie führten

.....

Datum

Schwangerschaft / Geburt

- | | | | |
|----|--|--------------|------------------|
| 1. | Gab es Probleme in der Schwangerschaft? (Stress, Infektionen, vorzeitige Wehen) Wenn ja, welche? | Ja O | Nein O |
| 2. | Wurde Ihr Kind früher oder später als geplant geboren?
Wurde es durch Kaiserschnitt entbunden?
Wenn nicht, wann und wie?
Saugglocke?
Zangengeburt? | Ja O
Ja O | Nein O
Nein O |
| 3. | Größe und Gewicht des Babys..... | | |
| 4. | War Ihr Baby unruhig und schrie viel oder war es sehr pflegeleicht?
Was trifft zu? | Ja O | Nein O |
| 5. | Hatte Ihr Baby Schlafprobleme? | Ja O | Nein O |
| 6. | Haben Sie gestillt? Wie lange? | Ja O | Nein O |
| 7. | Hat Ihr Kind gekuschelt? | Ja O | Nein O |

Medizinische Aspekte

- | | | | |
|-----|--|------|--------|
| 8. | Gibt es Allergien oder chronische Erkrankungen? | Ja O | Nein O |
| 9. | Liegt eine Hör- oder Sehbehinderung vor? | Ja O | Nein O |
| 10. | Welche Medikamente müssen regelmäßig genommen werden?
..... | | |
| 11. | Ist Ihr Kind trocken? | Ja O | Nein O |
| 12. | Hat Ihr Kind Schlafprobleme oder Einschlafprobleme? | Ja O | Nein O |

Motorik

13. Hat sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken und zurück gedreht?
In welchem Alter? Ja O Nein O
14. Wie hat sich Ihr Kind fortbewegt, bevor es krabbelte?
15. Ist Ihr Kind gekrabbelt?
Wie lange? Ja O Nein O
16. Wann konnte Ihr Kind frei sitzen?
17. Wann konnte Ihr Kind frei stehen?
18. Wann konnte Ihr Kind frei laufen?
19. Wann konnte Ihr Kind im Wechselschritt Treppen steigen?
20. Wann konnte Ihr Kind Fahrrad fahren ohne Stützräder?
21. Welche Hand benutzt Ihr Kind spontan?
22. Mit welcher Hand malt / schreibt es?
23. Ist Ihr Kind geschickt auf dem Spielplatz?
24. Ist Ihr Kind geschickt beim Schneiden/ Malen/ Basteln?.....
25. Klettert Ihr Kind in die Höhe?

Wahrnehmung

26. Gleichgewicht

- Schaukeln (gerne?, viel?)
- Drehbewegungen (gerne?, viel?)
- Springen (gerne? viel?)
- Rutschen (gerne?, viel?)
- Klettern in die Höhe (gerne?, viel?)

27. Hautsinn

- Kuscheln (gerne?, viel?)
- Matschen (gerne?, viel?)
- Kraft dosieren (gut? wechselnd?)
- Sich anfassen lassen?
- Sich selber stimulieren (beißen? kratzen? ...)

28. Tiefensensibilität

- Hinfallen (wie oft?, absichtlich hinwerfen?)
- Stoßen (sich oder andere)
- Rangeleien mit anderen Kindern
- Gefahreinschätzung

29. Riechen / Schmecken

- Wählerisch beim Essen
- Lehnt Lebensmittel mit bestimmten Konsistenzen ab
- Geruchsempfindlich

30. Hören / Sehen / Sprache

- Häufiges Stolpern
- Dinge finden in einer Menge (Spielsachen z.B.)
- Helles Licht tolerieren
- Laute Geräusche tolerieren
- Melodien nachsingen können
- Auf Ansprache reagieren
- Aussprache / Grammatik
- Früh / spät gesprochen

Emotionale Entwicklung

31. Hat Ihr Kind Freunde? (fest, wechselnd?)..... Ja O Nein O
32. Nimmt Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern selbständig auf? Ja O Nein O
33. Welche Rolle nimmt Ihr Kind mit den Geschwistern ein? Ja O Nein O
34. Welche Rolle hat es im Freundeskreis? Ja O Nein O

35. Ist Ihr Kind sehr feinfühlig? Ja O Nein O

36. Streitet Ihr Kind häufig? Ja O Nein O

37. Reagiert Ihr Kind schnell über? Ja O Nein O

Spiel

38. Kann Ihr Kind selbständig spielen? Ja O Nein O

39. Spielt es lieber alleine oder mit Freunden?

40. Spielt Ihr Kind bevorzugt mit Gleichaltrigen? Ja O Nein O

41. Spielt es lieber drinnen oder draußen?

42. Was spielt Ihr Kind am liebsten?

- Rollenspiele
- Regelspiele / Gesellschaftsspiele
- Konstruktive Spiele (Lego...)
- Malen

Selbständigkeit

- 43. Körperhygiene
- 44. Kleidung anziehen / ausziehen
- 45. Knoten / Schleife binden
- 46. Essen / Trinken
- 47. Tagesrituale kennen (Zähne putzen, ins Bett gehen)

Kindergarten

Name des Kindergartens

Adresse.....

Erzieherin.....

48. Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus?

49. Welche Schwierigkeiten gibt es in der Kita?.....

Schule

Name der Schule und Beschreibung

50. Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus?

51. Welche Schwierigkeiten gibt es in der Schule?

.....

Freizeit

52. Welche Termine hat Ihr Kind regelmäßig? (was?, an welchem Tag)

- Sportverein
- Schulangebote
- Andere Therapien
- Nachhilfe
- Verabredungen mit Freunden
- Instrumentenunterricht
- Sonstiges

Therapieziel

53. Bitte versuchen Sie Ihr wichtigstes Ziel für die Therapie zu definieren.
Was soll sich für Ihr Kind verändern?

.....

.....