

ERGOTHERAPEUTISCHER ANAMNESEBOGEN

Lieber Klient,

wie sie wissen, hat Ergotherapie zum Ziel, Sie in der Alltagsbewältigung in allen Bereichen (Selbstversorgung, Aktivitäten des täglichen Lebens, Mobilität, Soziales Leben) zu stärken. Um Ihre ergotherapeutische Behandlung so individuell und effektiv wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus. Ihre Angaben werden ausschließlich intern vertraulich und nach Datenschutzrichtlinien behandelt. Die Angaben im Fragebogen sind Bestandteil der Befunderhebung. Bitte bringen Sie ihn - gut leserlich ausgefüllt - zum ersten Termin mit. Wenn Ihnen Fragen zu persönlich oder anderweitig unangenehm sind, lassen Sie diese einfach aus.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse/Ort

Telefonnummer

e-mail Adresse

Wichtige Kontaktperson /Betreuer

Verordnender Arzt (inkl. Adresse)

AKTUELLE LEBENSSITUATION

HÄUSLICHES UMFELD

Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig
 verheiratet
 geschieden
 verwitwet

Wie viele Personen leben mit Ihnen in Ihrem Haushalt? _____

- Ich wohne alleine
 mit (Ehe-) Partner
 mit Kind(ern) alleine
 mit (Ehe-)Partner/in und Kind(ern)
 bei den Eltern
 bei anderen Verwandten
 in einer Wohngemeinschaft
 in einer betreuten Einrichtung
 Wohnheim
 andere Wohnsituation

| Kinder | Name | Alter |
|--------|------|-------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Leben pflegebedürftige Personen in ihrem Haushalt?

Wenn ja, Anzahl und Alter: _____

Versorgen Sie weitere Angehörige mit?

Wenn ja, wen und welche Aktivitäten üben Sie aus?

- Haushalt
 Einkaufen
 Spazieren
 Gartenarbeit
 sonstiges

Sonstige Bezugspersonen

Haben Sie Haustiere? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Stehen Probleme /Schwierigkeiten in der Familie Ja Nein
oder im nahen sozialen Umfeld in Zusammenhang
mit Ihrem jetzigen Problem? Wenn ja, welche?

Gibt es familiäre Veränderungen oder Schicksalsschläge im letzten halben Jahr?
Wenn ja, welche?

Ja

Nein

Wie ist die aktuelle Wohnsituation der Familie?

- Mietwohnung ____qm
 Eigentumswohnung ____qm
 Haus ____qm
 Garten ____qm

BERUFLICHES UMFELD

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- kein Abschluss noch in der Schule Sonderschule
 Hauptschule Mittlere Reife/Sekundarschule Fachhochschule
 Abitur

Üben Sie zur Zeit eine Berufliche Tätigkeit aus?

Ja

Nein

Wenn ja

erlernter Beruf: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

Arbeitsgeber: _____

- Vollzeit Teilzeit Gelegenheitsarbeit
 Hausfrau/- Mann in Ausbildung Arbeitslos
 Pension/Rente Erwerbsunfähigkeitsrente Anderes:

In Ihrem Berufsfeld müssen Sie überwiegend:

- sitzen stehen/gehen heben/tragen

Wenn nein

Sind sie derzeit arbeitsunfähig geschrieben?

Ja

Nein

Wiedereingliederung geplant?

Ja

Nein

Wie ist (oder war) ihr derzeitiger oder letzter beruflicher Status?

- angestellt verbeamtet selbstständig/freiberuflich
 andere: _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten länger arbeitsunfähig geschrieben? Ja Nein

Wodurch wird der überwiegende Teil Ihres Lebensunterhaltes bestritten:

- Eigene Erwerbstätigkeit Pension/Rente Kapitalvermögen
 Arbeitslosengeld/Hartz IV Stipendium/BAFÖG
 Unterhalt durch Einkommen des Partners/der Partnerin
 Unterstützung durch Eltern

Stehen Probleme /Schwierigkeiten in Ihrem Berufsleben oder in der Ausführung Ihres Berufs im Zusammenhang mit Ihrem jetzigen Problem? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

SOZIALES UMFELD

Werden Sportaktivitäten durchgeführt? Ja Nein

Welche Termine haben Sie regelmäßig, Was an welchem Tag?

- Sportverein andere Therapien Verabredung mit Freunden /Bekannten
 Sonstiges: _____

Welchen Hobbys gehen Sie nach? _____

Wie und wie lange bewegen sie sich täglich / wöchentlich aktiv?

- Freizeitsport Zeit: _____min/täglich
 sonstiges Zeit: _____min/täglich

Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum?

- TV Zeit: _____min/täglich
- Playstation Zeit: _____min/täglich
- PC Zeit: _____min/täglich
- Handy Zeit: _____min/täglich

Liegt ein Abhängigkeitsverhältnis vor?

- Alkohol Drogen Spielsucht weitere: _____

Haben Sie eine(n) oder mehrere Freunde/Freundinnen, mit denen Sie die intimsten Gedanken und Gefühle teilen können?

- Nein ja wenige als 5 ja mehr als 5

Wie erleben Sie zur Zeit Ihren (engen) Freundes- und Bekanntenkreis?

- Keine Freunde vorhanden
 eher belastend weder noch eher stützend

ÜBER SIE

Wie würden Sie sich beschreiben?

Was sind Ihre Stärken? Was können Sie gut? Was schätzen andere besonders an Ihnen?

Wofür interessieren Sie sich? Was machen Sie gerne in der Freizeit?

Schildern Sie bitte stichpunktartig die Gründe / Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie führten:

Haben Sie eine Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen?

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Diagnose (laut Verordnung) _____

Nebendiagnosen _____

Liegen Allergien oder chronische Erkrankungen vor? Ja Nein

Liegt eine Hör- oder Sehbehinderung vor? Ja Nein

Welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden?

Hilfsmittel (Brille, Hörgerät...) _____

Krankenhausaufenthalte: _____

Relevante Operationen: _____

Relevante Unfälle: _____

Weitere Therapien (aktuelle oder abgeschlossene, wann und bei wem?)

Wie oft waren sie wegen körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten beim Arzt?

gar nicht einmal 2-3 4-10 mehr als 10

Wie oft wurden Sie wegen körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus behandelt?

In welchen BEREICHEN sind sie am MEISTEN eingeschränkt?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alltag | <input type="checkbox"/> Körperhygiene | <input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung /-aufnahme |
| <input type="checkbox"/> An & Auskleiden | <input type="checkbox"/> Haushalt | <input type="checkbox"/> Sozialleben / Freizeit |

Bisherige Erfahrungen mit Ergotherapie: _____

Welche Ziele wurden erreicht? _____

ALLGEMEINE GESUNDHEITSPRAGEN

Gab es, falls bekannt, bei der Schwangerschaft ihrer Mutter oder bei Ihrer Geburt Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Zangengeburt etc.)

Schwangerschaft problematisch unproblematisch

Gründe: _____

Kamen Sie früher oder später als geplant auf die Welt? Ja Nein

Wievielte Schwangerschaftswoche: _____

Gab es Probleme in Ihrer kindlichen Entwicklung?

Liegt bei Ihnen eine / mehrere der folgenden (Verdachts-) Diagnosen vor?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Störungen der Tonusregulierung (z.B. Spastiken /Lähmungen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Störungen der Haltungs-Bewegungsmuster/ Koordination (z.B. Parkinson/ Tremor) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gang- Unsicherheiten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Störungen im Bereich der Grob- und Feinmotorik | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stürze (häufig, vermehrt?) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Störungen im Bereich Körperwahrnehmung / Wahrnehmungsverarbeitung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Riechen, Hören, Schmecken eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sensibilitätsstörungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Einschränkungen Alltagsaktivität im Hinblick auf persönliche, häusliche und berufliche Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Störungen der Grundstimmung (Depression, Burn out, Erschöpfung) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Störungen im Bereich des Antriebs, Motivation, Belastung, Ausdauer, Flexibilität, Tagestrukturierung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit eingeschränkt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wortfindungsstörungen oder weitere Störung der Kommunikation | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlafprobleme | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schwindel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Magen- oder Bauchbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Atemnot, in Ruhe oder Belastung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Problematiken im Bereich der Krankheitsverarbeitung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Rechenstörung (Dyskalkulie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Störungen des Sozialverhaltens | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Suchterkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Weitere: _____

Sollte es schon Berichte von Ärzten, Therapeuten oder anderen Personen geben, heften Sie diese bitte in KOPIE an diesen Fragebogen

BESCHWERDENEINSCHÄTZUNG

Wann sind Ihre Probleme/Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten?

Wie oft leiden Sie unter Ihren Beschwerden?

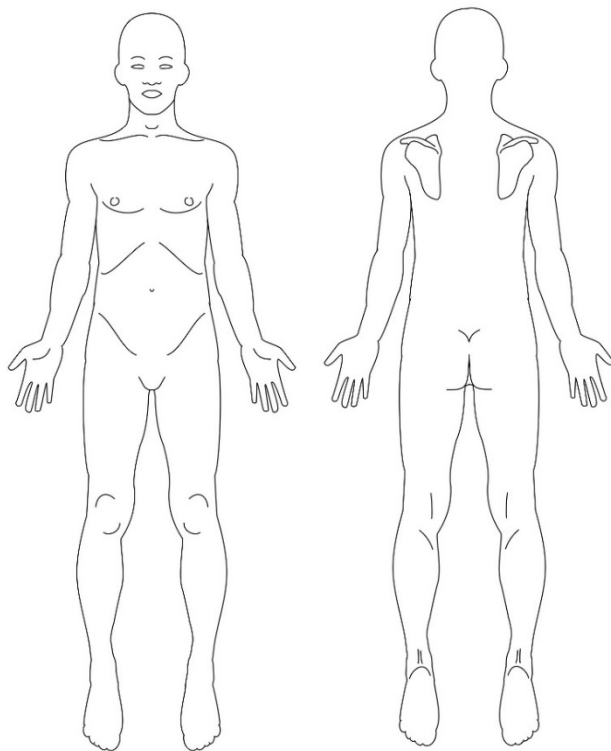
Wie stark sind Ihre Beschwerden? (0=Keine Beschwerden, 10= extreme Beschwerden)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie lange dauern Ihre Beschwerden im Fall des Auftretens an?

Zu welcher Tageszeit oder in welcher Situation treten Ihre Beschwerden auf?

Markieren und beschriften Sie die Region ihrer Beschwerden:



Beschreiben Sie Ihre Beschwerden:

| Mobilität und Motorik | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Bemerkung |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------|
|-----------------------|---|---|---|---|---|-----------|

0 unproblematisch 1 Probleme leicht ausgeprägt 2 Probleme mäßig ausgeprägt
3 Probleme erheblich ausgeprägt 4 Probleme voll ausgeprägt

| | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| Sich sicher und geschickt bewegen | | | | | | |
| Sich in angemessenem Tempo bewegen | | | | | | |
| Sich ausdauernd bewegen | | | | | | |
| Neue Bewegungen umsetzen | | | | | | |
| Kraft gut anpassen | | | | | | |
| Treppen steigen | | | | | | |
| Auf ebenem Grund laufen | | | | | | |
| Auf unebenem Grund laufen | | | | | | |
| Auf Schrägen laufen | | | | | | |
| Fahrradfahren | | | | | | |
| Auto fahren | | | | | | |
| Aufrecht sitzen | | | | | | |
| Eindeutig rechts- und linkshändig | | | | | | |
| Stift geschickt führen | | | | | | |
| Kognitive Funktionen | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Bemerkung |
| Aufmerksamkeit bei selbst gewählten Aktivitäten | | | | | | |
| Aufmerksamkeit bei geforderten Aktivitäten | | | | | | |
| Bei der Sache bleiben und sich nicht ablenken lassen | | | | | | |
| Sprachverständnis | | | | | | |
| Sich mitteilen | | | | | | |
| Anweisungen umsetzen | | | | | | |
| Merkfähigkeit | | | | | | |
| Planvoll handeln | | | | | | |
| Sorgfältig und genau arbeiten | | | | | | |
| Arbeitstempo | | | | | | |
| Umgang mit Problemen | | | | | | |

| Emotionale und sozioemotionale Funktion | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Bemerkung |
|---|---|---|---|---|---|-----------|
| Grundstimmung | | | | | | |
| Selbstregulation | | | | | | |
| Kontaktverhalten | | | | | | |
| Kommunikation | | | | | | |
| Umgang mit Regeln | | | | | | |
| Frustrationstoleranz | | | | | | |
| Selbstwertgefühl | | | | | | |
| Leistungsbereitschaft | | | | | | |
| Aktivitäten des Alltäglichen Lebens | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Bemerkung |
| Aufstehen | | | | | | |
| Waschen/ Hygiene | | | | | | |
| Toilettengänge | | | | | | |
| Anziehen /Ausziehen | | | | | | |
| Schleife binden | | | | | | |
| Essen | | | | | | |
| Umgang mit Besteck | | | | | | |
| Essen zubereiten | | | | | | |
| Teilnahme am Arbeitsleben | | | | | | |
| Erledigen fremdbestimmter Aktivitäten /Aufgaben | | | | | | |

Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen oder hatten Sie jemals die feste Absicht, sich das Leben zu nehmen?

Nein ja einmal ja, mehrmals

Haben Sie Angst oder Furcht , alleine aus dem Haus zu gehen? Ja Nein

Fühlen Sie sich niedergeschlagen oder traurig? Ja Nein

Haben Sie das Gefühl, wertlos zu sein? Ja Nein

Haben Sie Angst oder Furcht, sich in eine Menschenmenge zu begeben Ja Nein

Haben Sie Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe Ja Nein

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Fehlende Interessen und geringe Freude an Ihrer Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gefühl von Schwere in Armen und Beinen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schmerzen in Muskel oder Gelenken | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Das Gefühl von Hoffnungslosigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vermehrte Rücken- / Kopfschmerzen / Magen- Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Schwierigkeiten, ... | | |
| ...andern Menschen Ihre Gefühle zu zeigen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ihre wichtigen Anliegen bestimmt durchzusetzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ...andere wissen zu lassen ,dass sie wüten / verletzt sind? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... jemanden zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Angst etwas Falsches zu sagen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

THERAPIEZIEL

Bitte versuchen Sie Ihr wichtigstes Ziel für die Therapie zu definieren.

Welche Wünsche und Erwartungen habe Sie an die Ergotherapie?
