

ERGOTHERAPEUTISCHER ANAMNESEBOGEN PÄDIATRIE

Liebe Eltern,

wie sie wissen, hat Ergotherapie zum Ziel, Ihr Kind in der Alltagsbewältigung in allen Bereichen (Selbstversorgung, Aktivitäten des täglichen Lebens, Mobilität, Soziales Leben) zu stärken. Um die ergotherapeutische Behandlung Ihres Kindes 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.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Adresse/Ort

Telefonnummer

e-mail Adresse

Schule/Kindergarten (inkl. Adresse)

Name und Telefonnummer
Ansprechpartner
Schule/Kindergarten

Kinderarzt (inkl. Adresse)

AKTUELLE LEBENSITUATION

**Wenn Ihnen Fragen zu persönlich oder anderweitig unangenehm sind, lassen Sie diese einfach aus.*

	Mutter	Vater
Name		
Alter		
Schulbildung		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitszeiten		
Hobbys		
Stärken /Interessen		

Geschwister	Name	Alter	Schule /Kindergarten	Klasse	Auffälligkeiten
1.					
2.					
3.					
4.					

NUR VON GETRENNT LEBENDEN ELTERN AUSZUFÜLLEN

Bei wem lebt das Kind?	
Gibt es regelmäßigen Kontakt zum anderen Elternteil?	
Gibt es neue Partner?	

SONSTIGE BEZUGSPERSONEN

HAUSTIERE

GIBT ES FAMILIÄRE VERÄNDERUNGEN ODER SCHICKSALSSCHLÄGE IM LETZTEN HALBEN JAHR? WENN JA, WELCHE?

WIE IST DIE AKTUELLE WOHN-SITUATION DER FAMILIE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mietwohnung ____qm | <input type="checkbox"/> Garten ____qm |
| <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung ____qm | <input type="checkbox"/> Schaukel |
| <input type="checkbox"/> Haus ____qm | <input type="checkbox"/> Sandkiste |
| <input type="checkbox"/> Kinderzimmer ____qm | <input type="checkbox"/> Trampolin |

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Diagnose (laut Verordnung) _____

Gibt es Allergien oder chronische Erkrankungen? Ja Nein

Liegt eine Hör- oder Sehbehinderung vor? Ja Nein
Wir sind uns nicht sicher

Welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden?

Hilfsmittel (Brille, Hörgerät...) _____

Krankenhausaufenthalte: _____

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

Bisherige Erfahrungen mit Ergotherapie: _____

Welche Ziele wurden erreicht? _____

VORUNTERSUCHUNG / DIAGNOSEN

Welche Voruntersuchungen fanden statt?

Hat Ihr Kind eine der folgenden (Verdachts-Diagnosen?)

Augenarzt	Fehlsichtigkeit Winkelfehlsichtigkeit/ Schielen Nystagmus
HNO – Arzt /Pädaudiologie	Chronische Mittelohrentzündung / Paukenerguss Schwerhörigkeit Zentrale auditive Verarbeitungsstörung
Kinder- und Jugendpsychiatrie / SPZ	Umschriebene Entwicklung Störung der motorischen Funktionen / Koordinationsstörungen Aufmerksamkeitsdefizit – Hyperaktivitätsstörung (ADHS) Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) Rechenstörung (Dyskalkulie) Störung des Sozialverhaltens Depressive Störung Tiefgreifende Entwicklungsstörungen / Autismus Angststörung Zwangsstörung Tic-Störung

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

ÜBER UNSER KIND

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

Was sind die Stärken Ihres Kindes? Was kann es gut? Was schätzen Sie und andere besonders an Ihrem Kind?

Wofür interessiert sich Ihr Kind? Was macht es 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?

SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND ENTWICKLUNG IN DEN ERSTEN LEBENSJAHREN

SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF

Alter der Mutter: _____

Wievielte Schwangerschaft: _____

Gab es Probleme in der Schwangerschaft? problematisch unproblematisch

Gründe: _____

GEBURT

Kam Ihr Kind früher oder später als geplant auf die Welt? Ja Nein

Wievielte Schwangerschaftswoche: _____

Wurde es durch einen Kaiserschnitt entbunden? Ja Nein

Gab es weitere Besonderheiten bei der Geburt Ja Nein
Wenn ja, welche

Größe: _____

Gewicht: _____

APGAR: _____

Wurde das Kind gestillt? Ja, wie lange _____ Nein

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind?

War ihr Baby unruhig und schrie viel? Ja Nein

Hatte ihr Baby Schlafprobleme? Ja Nein

IST IHR KIND BERÜHRUNGSEMPFINDLICH?

lehnt Berührungen ab, schmust nicht

erkundet mit den Händen sehr selten

schmust selten schmust gerne

erkundet mit den Hände ausführlich und oft

lehnt folgende Materialien ab:

MOTORIK

Hat sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken und zurück gedreht? Ja Nein

In welchem Alter? _____

Wie hat sich Ihr Kind fortbewegt, bevor es krabbelte?

Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ja Nein

Wann konnte Ihr Kind frei sitzen? _____

Wann konnte Ihr Kind frei stehen? _____

Wann konnte Ihr Kind frei laufen? _____

Wann konnte Ihr Kind im Wechselschritt Treppen steigen? _____

Wann konnte Ihr Kind Fahrrad fahren ohne Stützräder? _____

Welche Hand benutzt Ihr Kind spontan? Links Rechts

Mit welcher Hand malt / schreibt Ihr Kind? Links Rechts

Ist Ihr Kind geschickt auf dem Spielplatz? Ja Nein

Ist Ihr Kind geschickt beim Malen, Basteln, Schneiden? Ja Nein

Klettert Ihr Kind gerne in die Höhe? Ja Nein

WAHRNEHMUNG

a. Gleichgewicht

Schaukelt gerne/viel? _____

Drehbewegungen gerne/viel? _____

Springen gerne/viel? _____

Rutschen gerne/viel? _____

Klettern gerne/viel? _____

b. Hautsinn

- Kuscheln gerne/viel? _____
- Matschen gerne/viel? _____
- Kraft dosieren gut/ wechselnd? _____
- Sich anfassen lassen _____
- Sich stimulieren (beißen/kratzen?) _____

c. Tiefensensibilität

- Hinfallen (wie oft? Absichtlich hinwerfen?) _____
- Stoßen (sich und andere?) _____
- Rangelien mit anderen Kindern _____
- Gefahren einschätzung _____

d. Hören/Sehen/Sprache

- Häufiges Stolpern _____
- Dinge finden in einer Menge (z.B. Spielsachen) _____
- Helles Licht tolerieren _____
- Melodie nachsingen können _____
- Auf Ansprache reagieren _____
- Früh / Spät gesprochen _____

e. Riechen /Schmecken

- Wählerisch beim Essen _____
- Lehnt Lebensmittel mit bestimmter Konsistenz ab _____
- Geruchsempfindlich _____

Fertigkeiten der grob- und feinmotorischen Koordination	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 lernen						
Kraft gut anpassen						
Ball fangen und werfen						
Klettern						
Schaukeln						
Roller fahren						
Inliner fahren						
Schwimmen						
Türen auf- /zuschließen						
Schraubverschlüsse öffnen / schließen						
Stillsitzen						
Aufrecht sitzen						
Eindeutig rechts- und linkshändig						
Stift geschickt führen						
Altersentsprechend malen						
Beim Malen Begrenzungslinie einhalten						
Auf der Linie schneiden						
Formklar und lesbar schreiben						
Zügig schreiben						

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						
Kreativität						
Lerntempo						

Emotionale und sozioemotionale Funktion	4	3	2	1	0	Bemerkung
Grundstimmung						
Selbstregulation						
Kontaktverhalten						
Kommunikation						
Umgang mit Regeln						
Frustrationstoleranz						
Selbstwertgefühl						
Leistungsbereitschaft						

EMOTIONALE ENTWICKLUNG

- Hat Ihr Kind Freunde? (fest, wechselhaft?) Ja Nein
- Wenn ja; Alter: _____ aus dem Kindergarten/Schule aus der Nachbarschaft
- Nimmt Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern selbstständig auf? Ja Nein
- Welche Rolle nimmt Ihr Kind mit seinen Geschwistern ein? _____
- Ist Ihr Kind sehr feinfühlig? Ja Nein
- Streitet Ihr Kind häufig? Ja Nein
- Reagiert Ihr Kind schnell über? Ja Nein
- Wenn ja in welchen Situationen? _____

SPIEL

- Kann Ihr Kind selbstständig spielen? Ja Nein
- Womit: _____
- Wie lange: _____
- Spielt es lieber alleine oder mit Freunden? Alleine Freunde
- Spielt Ihr Kind mit Gleichaltrigen? Ja Nein
- Spielt es lieber draußen oder drinnen? Drinnen Draußen
- Womit und was spielt Ihr Kind gerne draußen? _____
- Womit und was spielt Ihr Kind gerne drinnen? _____
- Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum?
- TV Zeit: _____min/täglich
- Playstation Zeit: _____min/täglich
- PC Zeit: _____min/täglich
- Gameboy Zeit: _____min/täglich
- Wie und wie lange bewegt sich Ihr Kind täglich / wöchentlich aktiv?
- Draußen spielen Zeit: _____min/täglich
- Freizeitsport Zeit: _____min/täglich

SELBSTSTÄNDIGKEIT

	4	3	2	1	0	Bemerkung
--	---	---	---	---	---	-----------

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

Aufstehen						
Waschen / Hygiene						
Toilettengänge						
Anziehen/Ausziehen						
Schleife binden						
Essen						
Umgang mit Besteck						
Sich ein Brot schmieren						
Fertigmachen für Kita/Schule						
Wege bewältigen						
Ankommen /Verabschieden						
Teilnahme am Stuhlkreis						
Teilnahme am Unterricht						
Erledigung fremdbestimmter Aktivitäten/Aufgaben						
Basteln/ Werken						
Schreiben						
Erledigen der Hausaufgaben						
Aktivitäten mit Erwachsenen						
Ausflüge						
Besuche						
Zu Bett gehen						

*Weitere Angaben könne Sie gerne im Bogen „Tagesplan des Kindes“ eintragen

FREIZEIT

Welche Termine hat Ihr Kind regelmäßig? (Was - an welchem Tag?*)

- Sportverein Schulangebot andere Therapien
 Nachhilfe Verabredung mit Freunden Musikunterricht
 Sonstiges: _____

*Weitere Angaben könne Sie gerne im Bogen „Wochenplan des Kindes“ eintragen

KINDERGARTEN /SCHULE

KINDERGARTEN?

Name des Kindergartens _____

Adresse / Ort _____

Erzieher/in _____

- besucht keinen Kindergarten
- besuchte den Kindergarten von: _____ bis: _____
- besucht den Kindergarten seit: _____

Ging bzw. geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? nicht gerne gerne

Wie kommt Ihr Kind in den Kindergarten?

- mit Mama/ Papa im Auto
- mit dem eigenen Fahrrad
- mit Mamas/ Papas Fahrrad
- zu Fuß

Betreuungszeiten Von: _____ bis _____ Uhr

Wie gut war Ihr Kind in die Kindergartengruppe integriert? gut nicht gut

Was klappt(e) im Kindergarten bei und mit Ihrem Kind besonders gut?

Was klappt(e) im Kindergarten bei und mit Ihrem Kind nicht so gut?

Weiteres:

SCHULE

Name der Schule

Adresse / Ort

Lehrer/ in

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

In welche Klasse geht Ihr Kind?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

nicht gerne

gerne

Wie kommt Ihr Kind in die Schule?

mit Mama/ Papa im Auto

mit dem eigenen Fahrrad

mit Mamas/ Papas Fahrrad

zu Fuß

Wie ist die Beteiligung Ihres Kindes am Unterricht?

nicht gut

gut

Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie ist die Pausensituation?

problematisch

gut

Gründe aus Ihrer Sicht:

Was klappt(e) bei/ mit Ihrem Kind in der Schule gut?

Was klappt(e) bei/ mit Ihrem Kind in der Schule nicht so gut?

Weiteres:

SCHWEIGEPFLICHT

Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit befrei ich die Ergotherapeutin/ den Ergotherapeuten
von ihrer/seiner Schweigepflicht gegenüber dem aufgeführten Kindergarten- bzw.
Schulpersonal, um therapierelevante und kindergarten- bzw. schulbezogene Angelegenheiten
bezüglich der Klientin/ des Klienten zu besprechen.

Name und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

THERAPIEZIEL

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

Was soll sich für Ihr Kind verändern?

Welche Wünsche und Erwartungen habe Sie an die Ergotherapie?

TAGESPLAN DES KINDES

Uhrzeit	Aktivität	Bemerkungen
6.00		
7.00		
7.30		
8.00		
8.30		
9.00		
9.30		
10.00		
10.30		
11.00		
11.30		
12.00		
12.30		
13.00		
13.30		
14.00		
14.30		
15.00		
15.30		
16.00		
16.30		
17.00		
17.30		
18.00		
18.30		
19.30		
20.00		
20.30		
21.00		
21.30		
22.00		
22.30		

WOCHENPLAN DES KINDES

Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO