



Lieber Patient,

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 oder werfen Sie den Fragebogen vorher in unseren Briefkasten. 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

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

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 oder im

☐ Ja

☐ Nein

nahen sozialen Umfeld in Zusammenhang mit Ihrem jetzigen Problem? Wenn ja, welche?

Gibt es familiäre Veränderungen oder Schicksalsschläge im

☐ Ja

☐ Nein

letzten halben Jahr? Wenn ja, welche?

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 ☐ Ja ☐ Nein

oder in der Ausführung Ihres Berufs im Zusammenhang
mit Ihrem jetzigen Problem?

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: _____

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

☐ Keine Freunde vorhanden

☐ eher belastend ☐ weder noch ☐ eher stützend

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Diagnose (laut Verordnung)

Nebendiagnosen

Liegen Allergien oder chronische Erkrankungen vor? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt eine Hör- oder Sehbehinderung vor? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis ? ☐ Ja Grad _____% ☐ Nein

Haben Sie eine Pflegestufe ? ☐ Ja Welche? _____ ☐ Nein

Rauchen Sie ? ☐ Ja Wieviel? _____ ☐ Nein

Trinken Sie Alkohol ? ☐ Ja Wieviel ? _____ Wie oft ? _____ ☐ Nein

Gewicht _____ Größe _____

Erlerner Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden?

Hilfsmittel (Brille, Hörgerät...)

Relevante Operationen: bei Bedarf letzte Seite

Relevante Unfälle: bei Bedarf letzte Seite

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

In welchen BEREICHEN sind sie am MEISTEN eingeschränkt?

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Alltag | ☐ Körperhygiene | ☐ Nahrungszubereitung /-aufnahme |
| ☐ An & Auskleiden | ☐ Haushalt | ☐ Sozialleben / Freizeit |

Bisherige Erfahrungen mit Ergotherapie:

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

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Störungen der Tonusregulierung (z.B. Spastiken /Lähmungen) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Störungen der Haltungs-Bewegungsmuster/
Koordination (z.B. Parkinson/ Tremor) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Gang- Unsicherheiten | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Störungen im Bereich der Grob- und Feinmotorik | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Stürze (häufig, vermehrt?) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Störungen im Bereich Körperwahrnehmung /
Wahrnehmungsverarbeitung | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Riechen, Hören, Schmecken eingeschränkt | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sehstörungen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Sensibilitätsstörungen | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Einschränkungen Alltagsaktivität im Hinblick auf persönliche,
häusliche und berufliche Tätigkeit | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Störungen der Grundstimmung (Depression, Burn out, Erschöpfung) | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Störungen im Bereich des Antriebs,
Motivation, Belastung, Ausdauer, Flexibilität, Tagesstrukturierung, | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit eingeschränkt | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Wortfindungsstörungen oder weitere Störung der
Kommunikation | ☐ Ja | ☐ Nein |
| Schlafprobleme | ☐ Ja | ☐ Nein |

Kopfschmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Schwindel	☐ Ja	☐ Nein
Magen- oder Bauchbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Rückenschmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Atemnot, in Ruhe oder Belastung	☐ Ja	☐ Nein
Herzbeschwerden	☐ Ja	☐ Nein
Problematiken im Bereich der Krankheitsverarbeitung	☐ Ja	☐ Nein
Lese-Rechtschreib-Störung (LRS)	☐ Ja	☐ Nein
Rechenstörung (Dyskalkulie)	☐ Ja	☐ Nein
Störungen des Sozialverhaltens	☐ Ja	☐ Nein
Suchterkrankungen	☐ Ja	☐ Nein

Weitere: _____

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

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?

Beschreiben Sie Ihre Beschwerden:

Mobilität und Motorik

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

Sich sicher und geschickt bewegen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Sich in angemessenem Tempo bewegen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Sich ausdauernd bewegen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Neue Bewegungen umsetzen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Kraft gut anpassen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Treppen steigen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Auf ebenem Grund laufen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Auf unebenem Grund laufen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Auf Schrägen laufen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Fahrradfahren	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Auto fahren	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Aufrecht sitzen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Eindeutig rechts- und linkshändig	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Stift geschickt führen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Kognitive Funktionen

Aufmerksamkeit bei selbst gewählten Aktivitäten	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Aufmerksamkeit bei geforderten Aktivitäten	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Bei der Sache bleiben und sich nicht ablenken lassen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Sprachverständnis	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Sich mitteilen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Anweisungen umsetzen	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Merkfähigkeit	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Planvoll handeln	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Sorgfältig und genau arbeiten	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
-------------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Arbeitstempo	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
--------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Umgang mit Problemen	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
----------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Emotionale und sozioemotionale Funktion

Grundstimmung	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
---------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Selbstregulation	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Kontaktverhalten	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Kommunikation	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
---------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Umgang mit Regeln	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
-------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Frustrationstoleranz	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
----------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Selbstwertgefühl	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Leistungsbereitschaft	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
-----------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Aktivitäten des Alltäglichen Lebens

Aufstehen	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
-----------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Waschen/ Hygiene	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Toilettengänge	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
----------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Anziehen /Ausziehen	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
---------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Schleife binden	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
-----------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Essen	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
-------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Umgang mit Besteck	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
--------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Essen zubereiten	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Teilnahme am Arbeitsleben	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
---------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Erledigen fremdbestimmter Aktivitäten /Aufgaben	0	☐	1	☐	2	☐	3	☐	4	☐
---	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Haben Sie schon einmal eine schwere Krankheit durchgemacht ? ☐Ja ☐Nein

Wenn ja, welche und wann ? _____

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt ?

Datum	Ursache

Hatten Sie schon einmal Operationen ?

Datum	Ursache

Hatten Sie schon einmal einen Unfall ?

Datum	Art des Unfalls / Art der Verletzung	Zurückgebliebene Folgeschäden

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ?

Medikament	Einnahmehäufigkeit	Einnahme seit	Nebenwirkungen