



Liebe Eltern,

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 Ihrem Kind die 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 des Kindes

Geburtsdatum

Name Eltern

Telefonnummer

Adresse/ Ort

Wichtige Kontaktperson /Betreuer

Verordnender Arzt (inkl. Adresse)

AKTUELLE LEBENSSITUATION - HÄUSLICHES UMFELD

In welcher Familienkonstellation lebt das Kind ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Verheiratet/ Lebenspartnerschaft | ☐ Patchworkfamilie |
| ☐ bei Adoptiveltern | ☐ Alleinerziehend mit der Mutter |
| ☐ Mehrgenerationenhaushalt | ☐ Alleinerziehend mit dem Vater |
| ☐ in einer Pflegefamilie | ☐ Andere Konstellation |
-

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind ?

Kinder	Name	Geburtsdatum

Leben pflegebedürftige Personen in ihrem Haushalt ? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Anzahl und Alter:

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

letzten halben Jahr ? Wenn ja, welche ?

☐ Ja

☐ Nein

BERUFLICHES UMFELD

Sind die Erziehungsberechtigten berufstätig ?

Elternteil 1- derzeitige Tätigkeit:

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

☐ Gelegenheitsarbeit

☐ Hausfrau/- Mann

☐ in Ausbildung

☐ arbeitslos

☐ Pension/Rente

☐ Erwerbsunfähigkeitsrente

☐ Anderes:

Elternteil 2 - derzeitige Tätigkeit:

☐ Vollzeit

☐ Teilzeit

☐ Gelegenheitsarbeit

☐ Hausfrau/- Mann

☐ in Ausbildung

☐ arbeitslos

☐ Pension/Rente

☐ Erwerbsunfähigkeitsrente

☐ Anderes:

Wie ist die Betreuung geregelt ? (z. B. Betreuung zu Hause, im Kindergarten/-krippe)

Gibt es in der Familie Migrationshintergrund ?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche Sprache wird bei Ihnen zu Hause gesprochen ?

Wenn ja, welche Sprache(n) spricht und versteht Ihr Kind ?

SOZIALES UMFELD

Werden Sportaktivitäten durchgeführt ?

☐ Ja

☐ Nein

Welche Termine hat Ihr Kind regelmäßig, Was an welchem Tag ?

☐ Sportverein

☐ andere Therapien

☐ Verabredung mit Freunden /Bekannten

☐ Sonstiges:

Welchen Hobbys geht Ihr Kind 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

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Diagnose (laut Verordnung)

Nebendiagnosen

Liegen Allergien oder chronische Erkrankungen vor ?

☐ Ja

☐ Nein

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis ? ☐ Ja Grad _____%

☐ Nein

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft ?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche ? _____

Wurden eventuell Folgen behandelt ? _____ - _____

Wie war die Geburt Ihres Kindes ?

☐ Eine normale Geburt ☐ Eine Frühgeburt ☐ Eine Mehrlingsgeburt

☐ Eine Geburt mit Komplikationen

Wenn ja, welche ? _____

Wurden eventuell Folgen behandelt ?

Welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden ? Bei Bedarf letzte Seite

Ist Ihr Kind schwerhörig ? ☐ Ja ☐ Nein

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 war Ihr Kind wegen körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten beim Arzt

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

Bisherige Erfahrungen mit Ergotherapie:

Hatte das Kind jemals folgende Krankheiten ?

Asthma ☐ Ja ☐ Nein

Diabetis mellitus ☐ Ja ☐ Nein

Rheumatische Erkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Neurologische Erkrankungen ☐ Ja ☐ Nein

Mittelohrentzündung / mehrmals ☐ Ja ☐ Nein

Anfallsleiden / Epilepsie	☐ Ja	☐ Nein
Neurodermitis	☐ Ja	☐ Nein
Herzerkrankungen	☐ Ja	☐ Nein
Hämophilie / andere Blutungskrankheiten	☐ Ja	☐ Nein
häufige Kopfschmerzen	☐ Ja	☐ Nein
Allergien _____	☐ Ja	☐ Nein
weitere Erkrankungen _____	☐ Ja	☐ Nein

Kindergarten / Schule / Freizeit Schätzen Sie Ihr Kind und das Verhalten bitte ein !

Das Kind ist nach dem Kindergarten / nach der Schule:

unauffällig / ausgeglichen	☐ Ja	☐ Nein
oft müde	☐ Ja	☐ Nein
oft aufgekratzt und aggressiv	☐ Ja	☐ Nein
ruhig bis niedergeschlagen	☐ Ja	☐ Nein
zappelig	☐ Ja	☐ Nein

Hausaufgaben:

bereiten keine Probleme	☐ Ja	☐ Nein
werden oft vergessen	☐ Ja	☐ Nein
werden ungern und nur mit Zwang erledigt	☐ Ja	☐ Nein
können nur mit Hilfe erledigt werden	☐ Ja	☐ Nein
dauern im Schnitt _____		
bereiten nur in bestimmten Fächern Probleme	☐ Ja	☐ Nein

Betreuende Personen / Bezugspersonen berichten häufig:

Von mangelnder Konzentration / Aufmerksamkeit	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind allein spielt	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind Unsinn macht	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind aufgekratzt und unruhig ist	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind sehr laut ist	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind nicht still sitzen kann	☐ Ja	☐ Nein
von häufigen Reden mit Sitznachbarn / ablenken anderer Kinder	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind sich nicht gern am Unterricht beteiligt	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind müde ist	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind depressiv wirkt	☐ Ja	☐ Nein
dass sich das Kind unwohl in lauter Umgebung fühlt	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind der Klassen- / Gruppenkasper ist	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind aggressiv ist	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind sehr ängstlich ist	☐ Ja	☐ Nein
dass das Kind in seinen motorischen Fähigkeiten weit hinter seinen Altersgenossen ist.	☐ Ja	☐ Nein

Beschreiben Sie bitte die typische Haltung und Bewegung Ihres Kindes

unauffällig	☐ Ja	☐ Nein	gebeugte Haltung	☐ Ja	☐ Nein
schief	☐ Ja	☐ Nein	stark im Hohlkreuz	☐ Ja	☐ Nein
Zehenspitzen Gang	☐ Ja	☐ Nein	schwanken, unsicher	☐ Ja	☐ Nein
langsame Bewegung	☐ Ja	☐ Nein	Gleichgewichtsprobleme	☐ Ja	☐ Nein
Bewegungsunruhe	☐ Ja	☐ Nein	häufig impulsive Bewegung	☐ Ja	☐ Nein
läuft oft auf den Fußaußenkanten	☐ Ja	☐ Nein			

Schaut immer nur in eine Richtung ☐Ja ☐Nein

Dreht sich immer nur in eine Richtung ☐Ja ☐Nein

Sonstige Haltung / Bewegung _____

Wie schläft Ihr Kind ?

ruhig ☐Ja ☐Nein unruhig ☐Ja ☐Nein

wird oft wach ☐Ja ☐Nein benötigt eine Windel ☐Ja ☐Nein

braucht langen zum Einschlafen ☐Ja ☐Nein

Benötigt zum Schlafen einen Schnuller oder etwas anderes, und zwar _____

Es hat eine bevorzugte Schlafhaltung, und zwar _____

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

Wann sind die Probleme/Beschwerden Ihres Kindes zum ersten Mal aufgetreten ?

Wie oft leidet Ihr Kind unter den Beschwerden ?

Wie stark sind die Beschwerden Ihres Kindes ? (0=Keine Beschwerden, 10= extreme Beschwerden)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Wie lange dauern die Beschwerden im Fall des Auftretens an?

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

Beschreiben Sie die Beschwerden Ihres Kindes:

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	☐
---	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Hat Ihr Kind 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