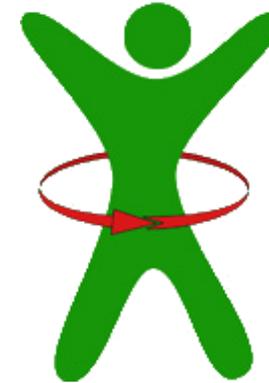


Guten Tag,
Sie interessieren sich für eine ergotherapeutische Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis.
Wenn Sie bereits einen Termin mit uns vereinbart haben, drucken Sie bitte den Fragebogen aus
und beantworten die Fragen.

Der Fragebogen ist wichtiger Bestandteil der Befunderhebung Ihres Kindes; nehmen Sie sich daher ausreichend Zeit!
Keine Sorge, wir unterliegen der Schweigepflicht, Ihre Angaben werden daher vertraulich behandelt und
ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben.



Fragebogen

Nachname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
Ort: _____
Tel.:  _____

1. Angaben zu den Eltern:

Vor- und Nachname der Mutter: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

alleinerziehend? Ja Nein

Vor- und Nachname des Vaters: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

alleinerziehend? Ja Nein

verheiratet getrennt lebend
Sorgerecht: gemeinsam
beim Jugendamt (Einverständniserklärung beifügen)

geschieden Lebensgemeinschaft
bei der Mutter beim Vater

2. Angaben zu den Adoptiveltern:

Vor- und Nachname der Mutter: _____
Geburtsdatum: _____
Vor- und Nachname des Vaters: _____
Geburtsdatum: _____

Pflegeeltern:

Beruf: _____
Beruf: _____

Stiefvater/ -mutter

alleinerziehend? Ja Nein
alleinerziehend? Ja Nein

3. Namen der Geschwister, Geburtsdatum, Kindergarten/ Schule/ Beruf

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

4.1. Verlief die Schwangerschaft kompliziert (z.B. Medikamenteneinnahme, Erkrankungen, Frühgeburt, Vorbelastungen?)

Geburtsklinik/ Hausgeburt?

Das Kind ist _____ Wochen zu früh _____ Wochen zu spät rechtzeitig geboren
Gewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____ APGAR Werte _____/_____

4.2. Wie alt war Ihr Kind (Angaben in Monaten), als es anfang:

zu krabbeln _____ zu laufen _____ erste Worte zu sprechen _____ in kleinen Sätzen zu sprechen _____
sauber und trocken war? nachts _____ tagsüber _____

5. Besucht Ihr Kind einen Kindergarten, eine Schule oder eine andere Einrichtung?

Unser Kind besucht den Kindergarten: _____
Gruppenleiter/-in: _____
Unser Kind besucht die Schule: _____
Klasse: _____ Lehrer/-in _____

Ort: _____
Tel.: _____
Ort: _____
Tel.: _____

andere Einrichtung: _____

6. Schulsituation (hier ist Platz für eigene Beschreibungen)

Wenn Sie, bei der Beschreibung der folgenden Punkte, weitere Angaben machen möchten, so ist dies gerne auf einem seperatem Zettel (oder der Rückseite) möglich.

7. Warum möchten Sie Ihr Kind von uns untersuchen/behandeln lassen? (hier ist Platz für eigene Beschreibungen)

7.1 Seit wann bestehen die Schwierigkeiten?

7.2. Kreuzen Sie bitte an, ob und welche Schwierigkeiten/ Probleme bestehen; es sind mehrere Antworten möglich

- | | | |
|--|--|---|
| Krabbeln <input type="checkbox"/> | Laufen <input type="checkbox"/> | Hüpfen <input type="checkbox"/> |
| Greifen <input type="checkbox"/> | Malen <input type="checkbox"/> | Basteln <input type="checkbox"/> |
| Sprechen <input type="checkbox"/> | Verstehen <input type="checkbox"/> | Schreiben <input type="checkbox"/> |
| Rechtschreibung <input type="checkbox"/> | Lesen <input type="checkbox"/> | Rechnen <input type="checkbox"/> |
| Ausdauer <input type="checkbox"/> | Konzentration <input type="checkbox"/> | |
| Geschwistern <input type="checkbox"/> | anderen Kindern <input type="checkbox"/> | Erwachsene/ Lehrer <input type="checkbox"/> |

7.3 Händigkeit des Kindes

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| links <input type="checkbox"/> | rechts <input type="checkbox"/> | unsicher <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

8. Bitte machen Sie weitere Angaben zum Verhalten Ihres Kindes:

Mein/ unser Kind....	stimmt <input type="checkbox"/>	stimmt nicht <input type="checkbox"/>
klagt häufig über Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klagt häufig über Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wehrt sich gegen Nahrungsaufnahme; es isst ungern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isst übermäßig viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nässt oder kotet manchmal ein ("es macht in die Hose")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimmt	stimmt nicht
wacht nachts auf und hat Angst (z.B. Albträume)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schläft häufig im elterlichen Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich fast gar nicht selbst beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
braucht ständig Anregung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat häufig Probleme, sich von Mutter oder Vater zu trennen (weint, schreit, klammert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist allgemein ängstlich und besorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist gegenüber anderen Kindern scheu/ ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist gegenüber anderen Kindern dominant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist häufig mißgelaunt und/ oder weinerlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist ungewöhnlich traurig oder bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat häufig ausgeprägte Wutausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat häufig Streit mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich gegenüber anderen Kindern nicht zur Wehr setzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lehnt Körperkontakt (kuscheln) ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.1 Wo wurde Ihr Kind in den letzten Monaten ärztlich untersucht? (Bitte den Namen des Arztes und den Ort angeben)

Kinderarzt: _____

Hausarzt: _____

Augenarzt: _____

HNO-Arzt: _____

Orthopäde: _____

Kinder-/ Jugendpsychiater/ Neurologe: _____

sonstiger Arzt: _____

9.2. Bitte schreiben Sie auf, welche Krankheiten Ihr Kind bereits hatte,bzw. ob und welche chronischen Erkrankungen evtl. vorliegen.

9.2. Wurde Ihr Kind schon einmal testpsychologisch untersucht?

wenn ja, _____ wo _____

Ja Nein

wann _____

9.3. Wurde Ihr Kind schon einmal stationär behandelt (Krankenhaus/ Therapieeinrichtung)?

wo _____ von/ bis _____

Grund _____

wo _____ von/ bis _____

Grund _____

10. Welche Therapien oder Beratungen wurden/ werden durchgeführt

(bei wem? von-bis?)

Physiotherapie _____

Frühförderung: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Psychotherapie: _____

psycholog. Beratung: _____

andere Therapien oder Beratungen: _____

11. Ist Ihr Kind ständig auf Hilfsmittel oder Medikamente angewiesen?

Brille Hörgerät Rollstuhl o Gehhilfe andere Hilfsmittel _____

Medikament 1 _____ Dosierung: _____

Medikament 2 _____ Dosierung: _____

12. Sind Entwicklungsstörungen oder schwere Erkrankungen in der Familie bekannt?

13. Freizeit

Welche festen Termine hat Ihr Kind in der Woche?

Was?

Wochentag:

Uhrzeit:

Sportverein	<input type="checkbox"/>		
Schulangebote	<input type="checkbox"/>		
andere Therapien	<input type="checkbox"/>		
Nachhilfe	<input type="checkbox"/>		
Verabredungen mit Freunden	<input type="checkbox"/>		
Musikunterricht / Chor	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>		

14. Selbständigkeit

Welche der folgenden Tätigkeiten kann Ihr Kind selbstständig ausführen?

Körperhygiene	<input type="checkbox"/>
Kleidung an- und ausziehen	<input type="checkbox"/>
Knoten/ Schleife binden	<input type="checkbox"/>
Essen/ Trinken	<input type="checkbox"/>
Tagesrituale kennen (Zähne putzen, ins Bett gehen)	<input type="checkbox"/>

SCHULSITUATION

15. Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule?

überdurchschnittlich durchschnittlich unterdurchschnittlich

16. Wie zufrieden sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes?

zufrieden meistens zufrieden selten zufrieden unzufrieden

17. Hat Ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?

nein wenn ja,
in welchen Bereichen? (Bsp. Rechnen, Lesen, Schreiben?) _____

Möchten Sie uns außerdem noch etwas mitteilen?

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt? _____ Datum: _____

**Bitte bringen Sie, soweit vorhanden, folgende Unterlagen zum Aufnahmegespräch mit in die Praxis:
Pädagogische Berichte (Frühförderung/ Kindergarten/ Schule), Gutachten, Zeugnisse, U- Heft**

Einverständniserklärung

Ich/ wir sind damit einverstanden, dass bei Bedarf die Praxis für Ergotherapie S. Laurenz & D. Rösgen Berichte von Ärzten, Therapeuten, Kliniken und Einrichtungen wie Frühförderung, Schule, Kindergarten, Jugendamt, Kinderheim über unser Kind _____ geb.: _____ angefordert bzw. ausgetauscht werden.

Ort/ Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/ -er

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht, benötigen wir unbedingt das schriftliche Einverständnis beider Elternteile.