

Liebe Eltern,

die Ergotherapie hat zum Ziel, Ihr Kind in der Alltagsbewältigung und Selbständigkeit in den Bereichen Selbstversorgung (Aktivitäten der alltäglichen Routine, der Mobilität und der Selbständigkeit), im Kindergarten oder der Schule, in der Freizeit und dem sozialen 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. Wenn Ihnen Fragen zu persönlich oder anderweitig unangenehm sind, lassen Sie diese einfach aus. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Persönliche Daten	
Name des Kindes	
Adresse	
Telefonnummern	
E-Mail-Adresse	
Verordnender Arzt	
Kindergarten / Schule (inkl. Adresse)	
Name und Telefonnummer der Erzieherin / Lehrerin	
Wer hat Ihnen eine Ergotherapie empfohlen	

Medizinische Daten	
Diagnose (laut Verordnung)	
Medikamente	
Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, etc.)	
Allergien	
Krankenhausaufenthalte	

Weitere Therapien (aktuell od. abgeschlossen, wann und bei wem)	
Bisherige Erfahrungen mit Ergotherapie	
Sonstiges	

Voruntersuchung / Diagnosen	
Welche Voruntersuchungen fanden statt?	Hat Ihr Kind eine der folgenden (Verdachts-) Diagnosen?
Augenarzt / Sehschule	<input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit <input type="checkbox"/> Winkelfehlsichtigkeit / Schielen <input type="checkbox"/> Nystagmus
HNO-Arzt / Pädaudiologie	<input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> zentrale auditive Verarbeitungsstörung
Kinder- und Jugendpsychiater / SPZ	<input type="checkbox"/> umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen / Koordinationsstörung <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) <input type="checkbox"/> Rechenstörung (Dyskalkulie) <input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens <input type="checkbox"/> depressive Störung <input type="checkbox"/> tiefgreifende Entwicklungsstörung / Autismus <input type="checkbox"/> Angststörung <input type="checkbox"/> Zwangsstörung <input type="checkbox"/> Tic-Störung

Sollte es 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 schätzen Sie und andere besonders an ihm?

Wofür interessiert sich Ihr Kind? Was macht es gerne in der Freizeit?

Schildern Sie bitte stichpunktartig die Gründe der jetzigen Vorstellung Ihres Kindes in der Einrichtung:

Haben Sie eine Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen?

Ziele und Erwartungen an die Ergotherapie:

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Bereich Selbstversorgung (Aktivitäten der alltäglichen Routine, der Mobilität und Selbständigkeit) verändern?

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Kindergarten oder der Schule verändern?

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Bereich der Freizeit und des sozialen Lebens verändern?

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Ergotherapie?

Um den Alltag Ihres Kindes und der Familie besser kennenzulernen, bitten wir Sie, den nachfolgenden Tages-/Wochenplan beispielhaft auszufüllen

Tagesplan des Kindes

Uhrzeit	Aktivitäten	Bemerkungen (z.B. += positiv, -=problematisch)
6.00		
6.30		
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		
19.00		
19.30		
20.00		
20.30		
21.00		
21.30		
22.00		

Um uns einen Überblick über die aktuelle Lebenssituation Ihres Kindes zu verschaffen, bitten wir Sie, nachfolgende Tabellen auszufüllen

Über die Familie / aktuelle Lebenssituation

	Mutter	Vater
Name		
Alter		
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitszeiten		
Hobbys		
Stärken / Interessen		
Wie ist der Beziehungsstatus der leiblichen Eltern		

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 zu dem anderen Elternteil?	

Gibt es neue Partner?	
-----------------------	--

Sonstige Bezugspersonen:

Haustiere:

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

Wie ist die Wohnsituation der Familie

- Mietwohnung
- Eigentumswohnung
- Haus
- eigenes Kinderzimmer
- Garten
- Schaukel
- Sandkiste
- Trampolin

Bitte fertigen Sie auf der Blattrückseite eine Skizze des Kinderzimmers an. Gerne können Sie auch Fotos anheften.

Für die folgende Tabelle nutzen Sie bitte diese Bewertungsgrundlage:

0=unproblematisch 1=Problem leicht ausgeprägt 2=Problem mäßig ausgeprägt
3=Problem erheblich ausgeprägt 4=Problem voll ausgeprägt

Betätigungsverhalten der Selbstversorgung, der Aktivitäten der täglichen Routine	4	3	2	1	0	Bemerkung

Quelle: „Pädiatrische Ergotherapie – Das Wunstorfer Konzept“, ©Britta Winter, 1. Auflage, 16.07.2014, Thieme Verlag.

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						
Erledigung der Hausaufgaben						
Spiel alleine						
Spiel mit anderen Kindern						
Spiel drinnen						
Spiel draußen						
Aktivitäten mit Erwachsenen						
Ausflüge						
Besuche						
Zu Bett gehen						

Spielverhalten des Kindes:

Womit und was spielt Ihr Kind gerne drinnen?

Womit und was spielt Ihr Kind gerne draußen?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

nein ja

Womit:

Wie lange:

Hat es feste Freunde?

nein ja Alter:

aus dem Kindergarten aus der Schule aus der Nachbarschaft

Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum?

TV Zeit: min/täglich

Playstation Zeit: min/täglich

- PC Zeit: min/täglich
 Gameboy Zeit: min/täglich
 Handy/Tablet Zeit: min/täglich
 Hörbuch Zeit: min/täglich

Wie und wie lange bewegt sich Ihr Kind täglich/wöchentlich aktiv?

- Draußen spielen Zeit: min/täglich
 Freizeitsport (was und wie viel Zeit/Woche):

Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung in den ersten Lebensjahren

Wie war der Schwangerschaftsverlauf?

Alter der Mutter:

Wievielte Schwangerschaft:

- problematisch Gründe:
 unproblematisch

Wie war die Geburt?

Wievielte Schwangerschaftswoche:

- problematisch Gründe:
 unproblematisch

Größe und Gewicht des Kindes:

Größe:

Gewicht:

APGAR:

Wurde das Kind gestillt?

- nein ja wie lange:

Welche Kinderkrankheiten hatte das Kind?

Ist Ihr Kind berührungsempfindlich?

- lehnt Berührungen ab, schmust nicht
- erkundet mit den Händen sehr selten
- schmust selten erkundet mit den Händen ausführlich und oft
- schmust gern lehnt folgende Materialien ab

Kindergarten

Geht oder ging Ihr Kind in den Kindergarten?

Seit welchem Lebensjahr?

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

Ging bzw. geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

- nicht gerne gerne

Wie kommt das Kind in den Kindergarten?

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

Wie sind die Betreuungszeiten?

Von _____ bis _____ Uhr

Wie ist / war das Kind in die Kindergartengruppe integriert?

- nicht gut gut hat feste Freunde im Kindergarten

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

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 das Kind in die Schule?

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

Wie sind die Schulzeiten?

Von _____ bis _____ Uhr

Wie ist das Kind in die Klasse integriert?

nicht gut gut hat feste Freunde in der Klasse

Wie sind die Leistungen Ihres Kindes?

Mathematik schlecht mittel gut
Deutsch schlecht mittel gut
Sachkunde schlecht mittel gut

- | | | | |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Englisch | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> gut |
| Sport | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> gut |
| Arbeitsverhalten | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> gut |
| Sozialverhalten | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> gut |
| Schrift | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> gut |

Wie ist die Beteiligung des Kindes am Unterricht?

- nicht gut gut

Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie gut hält sich das Kind an die Klassenregeln?

- nicht gut gut

Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie ist die Pausensituation?

- problematisch unproblematisch

Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie ist die Hausaufgabensituation?

- problematisch unproblematisch

Gründe aus Ihrer Sicht:

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

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

Weiteres

Fertigkeiten der grob- und feinmotorischen Koordination

Bewertung:

0= unproblematisch 1= Problem leicht ausgeprägt 2= Problem mäßig ausgeprägt

3= Problem erheblich ausgeprägt 4=Problem voll ausgeprägt

Fertigkeiten der grob- und feinmotorischen Koordination	4	3	2	1	0	Bemerkung
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						
Fahrrad fahren						
Inliner fahren						
Schwimmen						

Quelle: „Pädiatrische Ergotherapie – Das Wunstorfer Konzept“, ©Britta Winter, 1. Auflage, 16.07.2014, Thieme Verlag.

Türen auf-/zuschließen						
Schraubverschlüsse öffnen/schließen						
Stillsitzen						
Aufrecht sitzen						
Eindeutig rechts- oder linkshändig						
Stift geschickt führen						
Altersentsprechend malen						
Beim Malen Begrenzungslinien einhalten						
Auf der Linie schneiden						
Formklar und lesbar schreiben						
Zügig schreiben						

Kognitive Funktionen

Bewertung:

0= unproblematisch 1= Problem leicht ausgeprägt 2= Problem mäßig ausgeprägt
3= Problem erheblich ausgeprägt 4=Problem voll ausgeprägt

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 Funktionen

Bewertung:

0= unproblematisch 1= Problem leicht ausgeprägt 2= Problem mäßig ausgeprägt
 3= Problem erheblich ausgeprägt 4=Problem voll ausgeprägt

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