

# Anamnesefragebogen der Ergotherapie Julia Bauschke



Liebe Eltern,  
um Ihre ergotherapeutische Behandlung so individuell und gezielt wie möglich zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten uns zu helfen und diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## Persönliche Daten

Name des Kindes:  geb. am:

Anschrift:

Telefonnummer:

Emailadressen:

Welche weiteren Therapie erhält oder hat Ihr Kind erhalten?

Ergotherapie    Physiotherapie    Logopädie    Osteopathie    Sonstiges:

## Schildern Sie bitte die Gründe für die Vorstellung in unserer Praxis:

## Haben Sie eine Vermutung woher die Schwierigkeiten kommen?

## Was sind Ihre wichtigsten Ziele?

## Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Ergotherapie?

## Wochenplan des Kindes

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Wochenende
Vormittag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachmittag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Über die aktuelle Lebenssituation und Familie

	Elternteil 1	Elternteil 2
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schulabschluss	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gelernter Beruf	<input type="text"/>	<input type="text"/>
aktuelle Tätigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitszeiten	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Nur von getrennt lebenden Eltern auszufüllen:

Bei wem lebt das Kind?

Gibt es regelmäßigen Kontakt zum anderen Elternteil?  Ja  Nein

Gibt es neue PartnerInnen?

Name und Alter der Geschwister:

Sonstige Bezugspersonen:

Gab es Schicksalsschläge oder familiäre Veränderungen im letzten Jahr?

### Wohnsituation:

Wie groß ist die aktuelle Wohnung ca.?  Wie viele Zimmer?  Eigenes Zimmer? Ja  Nein

Wie groß ist das Zimmer des Kindes?  Wird das Zimmer mit anderen Personen geteilt? Ja  Nein

Gibt es einen Garten oder Hof?  Ja  Nein Wenn ja, wie ist dieser gestaltet?

Haus oder  Wohnung?

### Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war es?  War die Schwangerschaft geplant?  Ja  Nein Alter bei Geburt:

Schwangerschaftsverlauf:  komplikationslos  problematisch

Bestanden während der Schwangerschaft Besonderheiten/Belastungen bei der Mutter?

Medikamente  Stress  Operationen  seelische Belastungen  Alkohol/Drogen  Nikotin  Trennung

Umzug  Erkrankungen  Verluste Welche?

## Geburt

In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde das Kind geboren?

Welche Maßnahmen wurden unter der Geburt getroffen?

Keine  wehenauslösende Medikamente  wehenhemmende Medikamente  PDA  Vollnarkose  Kaiserschnitt  
 Saugglocke  Zangengeburt  Kristeller Handgriff  Sonstiges:

## Neugeborenes

Größe:  cm      Gewicht:  g      Kopfumfang:  cm      Apgarwerte

Gab es Besonderheiten beim Neugeborenen?  Nein  Ja  
 Gelbsucht  Blaufärbung  Intensivpflege  Operationen  Sonstiges:

Wurde Ihr Kind gestillt?  Ja  Nein      Wenn ja, wie lange?

War Ihr Kind als Säugling eher  sehr ruhig  sehr unruhig  unauffällig

## Erste Lebensjahre

Mag oder mochte Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten in Bauchlage liegen oder spielen?  Ja  Nein  
Gibt oder gab es eine bevorzugte Körperseite?  Ja  Nein  
Gibt oder gab es eine Schädelasymmetrie?  Ja  Nein  
Wird oder wurde Ihr Kind häufig in Tragehilfen (bspw. Trage, Tuch, Sitzschale, Babyhopser, Wippe) platziert?  Ja  Nein

Bitte geben Sie den Zeitpunkt an, wann Sie folgende Fähigkeiten ungefähr das erst Mal beobachtet haben (in Wochen, Monaten oder Jahren)

Anschauen	<input type="text"/>
Gezieltes Greifen	<input type="text"/>
Drehen	<input type="text"/>
Freies Sitzen	<input type="text"/>
Krabbeln	<input type="text"/>
Freies Gehen	<input type="text"/>
Erste Worte	<input type="text"/>
Erste kurze Sätze	<input type="text"/>

Besonderheiten beim Schlafverhalten?  Nein  Ja      Wenn ja, welche?

Seit wann Brei bzw. feste Kost?

Hat Ihr Kind spezielle Ernährungsgewohnheiten?  Nein  Ja      Wenn ja, welche?

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?  Nein  Ja      Wenn ja, welche Sprachen?

Ist Ihr Kind berührungsempfindlich?

mag keine Berührungen, kuschelt nicht  erkundet nur selten mit den Händen  kuschelt selten  kuschelt gerne  
 erkundet mit Händen ausführlich und oft

lehnt folgende Materialien ab: