

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"/>	
Trocken tagsüber	<input type="text"/>	nachts <input type="text"/>
Sauber tagsüber	<input type="text"/>	nachts <input type="text"/>
Selbstständiges Essen	<input type="text"/>	
Selbstständiges Anziehen	<input type="text"/>	
Sich alleine beschäftigen	<input type="text"/>	
Gegenständliches Malen	<input type="text"/>	
Dreirad fahren	<input type="text"/>	
Lauftrad fahren	<input type="text"/>	
Fahrrad fahren	<input type="text"/>	
Schwimmen	<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:

Spielverhalten

Womit spielt oder beschäftigt sich Ihr Kind?

Draußen?

Drinnen?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

Ja Nein Womit? Wie lange?

Wie ist der Umgang mit Medien und der täglich Konsum?

PC/Tablet/Laptop Zeit: min/täglich

Spielkonsole/Gameboy Zeit: min/täglich

TV Zeit: min/täglich

Smartphone/Tablet Zeit: min/täglich

Besitzt Ihr Kind ein eigenes Gerät? Ja Nein

Wenn ja, welche? Smartphone

Tablet

TV

PC/Laptop

Spielekonsole/Game Boy

Hat es feste Freunde? Ja Nein aus Kindergarten aus Schule aus Nachbarschaft Sonstiges:

Die Freunde sind gleich alt älter jünger altersgemischt.

Kindergarten

Besucht(e) Ihr Kind den Kindergarten? Ja Zeitraum: Nein

Wenn ja, seit welchem Lebensjahr?

Betreuungszeiten: von bis

Ging bzw. geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? Ja Nein

Wer ist der Ansprechpartner? Tel:

Was fällt oder fiel Ihrem Kind im Kindergarten leicht? Was mag/mochte es?

Welche Situationen sind bzw. waren für Ihr Kind schwierig? Was mag/mochte es in der Kita nicht?

Schule

Mit welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

In welche Klasse geht Ihr Kind?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule? Ja Nein

Ist es dort gut integriert? Ja Nein

Wie sind die Schulzeiten? von bis

Welche Fächer mag Ihr Kind besonders gerne?

Welche Fächer mag Ihr Kind nicht?

Hält sich Ihr Kind an Klassenregeln? Ja Nein

Wie ist die Pausensituation? gut problematisch

Wie ist die Hausaufgabensituation? unproblematisch problematisch

Wie sind die Leistungen Ihres Kindes?	Mathematik	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Deutsch	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Sachkunde	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Englisch	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Sport	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Kunst	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Musik	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Arbeitsverhalten	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Sozialverhalten	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Schrift	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig
	Beteiligung am Unterricht	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> ausbaufähig

Fertigkeiten der Grob- und Feinmotorik

Händigkeit: rechts links wechselnd

Bewertung: 0 = unproblematisch 1 = leichtes Problem 2 = mäßig ausgeprägtes Problem 3 = erhebliches Problem 4 = voll ausgeprägtes Problem

	0	1	2	3	4	Bemerkung (Bitte kennzeichnen sie auch besondere Stärken!)
Bewegt sich sicher und geschickt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
In angemessenem Tempo bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neue Bewegungen lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kraft der Situation angemessen anpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ball fangen und werfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schaukeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Roller fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fahrrad fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inliner fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Türen auf und zuschließen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schraubverschlüsse öffnen/schließen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufrecht sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stift geschickt führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altersentsprechend malen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Begrenzungslinien beim Malen einhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auf der Linie schneiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saubere Handschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zügig schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kognitive Funktionen

Bewertung: 0 = unproblematisch 1 = leichtes Problem 2 = mäßig ausgeprägtes Problem 3 = erhebliches Problem 4 = voll ausgeprägtes Problem

	0	1	2	3	4	Bemerkung (Bitte kennzeichnen sie auch besondere Stärken!)
Aufmerksamkeit bei selbstbestimmter Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufmerksamkeit bei fremdbestimmter Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei der Sache bleiben, nicht ablenken lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sich mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anweisungen umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Merkfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Planvoll handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sorgfältig und genau arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitstempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lerntempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kreativität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Farben zuordnen/benennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Formen zuordnen/benennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Psychosoziale und emotionale Fertigkeiten

Bewertung: 0 = unproblematisch 1 = leichtes Problem 2 = mäßig ausgeprägtes Problem 3 = erhebliches Problem 4 = voll ausgeprägtes Problem

	0	1	2	3	4	Bemerkung (Bitte kennzeichnen sie auch besondere Stärken!)
Ausgeglichene Grundstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstregulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontaktverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Regeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistungsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tagesplan des Kindes

Uhrzeit	Aktivitäten	Bemerkungen (bspw. + = 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		