

Fragebogen zum Start der Ergotherapie

GERNE VON JEDER ENGEN BEZUGSPERSON INDIVIDUELL ZU BEANTWORTEN MIT JE EINER ANDEREN FARBE!



Stammdaten

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnr: _____ email: _____

Verordnender Arzt: _____

Kita/ Schule mit Anschrift und Bezugsperson:

Weshalb wurde Ergotherapie verordnet? Kurz und knapp:

Medizinisches

Diagnose (laut Verordnung): _____

Medikamente: _____

Hilfsmittel: _____

Allergien: _____

Letzte U Untersuchung (Auffälligkeiten?):

Krankenhaus oder Reha Aufenthalte (gerne Berichte anhängen):

Weitere Diagnosen:

Weitere Therapien (wo, seit wann?):

Gibt es Vorsorgeuntersuchen bei folgenden Facheinrichtungen:

Augenarzt/ Sehschule	Päaudiologe	SPZ/ Kinder- und Jugendpsychiatrie
<ul style="list-style-type: none">• Fehlsichtigkeit• Winkelfehlsichtigkeit/ Schielen• Nystagmus	<ul style="list-style-type: none">• chronische Mittelohrentzündung• Schwerhörigkeit• zentrale auditive Verarbeitungsstörung	<ul style="list-style-type: none">• umschriebene Entwicklungsstörung mototrischer Funktionen• Aufmerksamkeits Defizitstörung/ ADHS• Lese- Rechtschreib- Störung LRS• Rechenstörung (Dyskalkulie)• Störung des Sozialverhaltens• depressive Störung• tiefgreifende Entwicklungsstörung/ Autismus

Weiteres:

Über ihr Kind

Beschreiben sie ihr Kind in wenigen Sätzen:

Was sind die Stärke und Ressourcen ihres Kindes? Was kann es besonders gut?

Was schätzen sie an ihrem Kind besonders?

Wofür interessiert sich ihr Kind? Was macht ihm am meisten Spaß?

Schildern sie Stichpunktartig die derzeitigen Hindernisse und Schwierigkeiten ihres Kindes:

Was soll sich aus ihrer Sicht verändern?

Welche Erwartungen haben sie an die Ergotherapie?

Bitte schildern sie uns kurz ihren Alltagsablauf und ihre zeitliche Struktur **ohne dies zu bewerten**:

Morgen	Tagesstart um	
	Morgenroutine	
	Frühstück	
	Außer Haus	
Mittag	Mittagessen	
	Wieder zu Hause	
	Ruhe/ Pause/ HA	
	Freizeitprogramm	
Abend	Abendessen	
	Abendroutinen	
	Einschlafen	

Über ihre Familie

	Mutter	Vater
Name		
Alter		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitszeiten		
Interessen/ Stärken		
Hobbys		

Wie ist der aktuelle Beziehungsstaus der Eltern? _____

Gibt es Geschwister? Alter? _____

Sonstige Bezugspersonen: _____

Haustiere: _____

Gab es in letzter Zeit größere familiäre Veränderungen oder Schicksalsschläge? Falls ja welche? _____

Wie sieht ihre aktuelle Wohnsituation aus? _____

Entwicklung in den ersten Lebensjahren

Wie war der Schwangerschaftsverlauf?

- Unproblematisch
- Problematisch, Gründe _____

Wie war die Geburt? In Schwangerschaftswoche _____

- Unproblematisch
- Problematisch, Gründe: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ APGAR: _____

Wurde ihr Kind gestillt, wenn ja wie lange? _____

Meilensteine der Entwicklung

Bitte geben sie ein ungefähres Zeitfenster/ Lebensmonat an, an dem ihr Kind die Fähigkeit zum ersten Mal zeigte:

- Auf den Bauch drehen: _____
- Selbstständig aufsetzen und frei sitzen: _____
- Die „erste Mahlzeit“/ Beikoststart: _____
- Krabbeln: _____
- Hochziehen: _____
- Freies gehen für 10 Schritte: _____
- erster Aufenthalt in einer Betreuungseinrichtung im Alter von _____ für _____ Stunden/
Tag, _____ Tage/ Woche
- Windelfrei: _____
- Wie sah die Betreuungssituation in den ersten zwei Lebensjahren aus? _____

Spielverhalten des Kindes

Mit welchem Spiel beschäftigt sich ihr Kind drinnen am liebsten? _____

Mit was beschäftigt sich ihr Kind draußen am liebsten? _____

Kann sich ihr Kind alleine beschäftigen? Wenn ja wie lange in etwa und mit was? _____

Hat es feste Freunde? Ja, wie alt? _____

Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum? _____

Wie und wie lange bewegt sich ihr Kind aktiv am Tag/ in der Woche? _____

Bitte kreuzen sie auf der Skala an in wie weit folgende Aussagen auf ihr Kind zutreffen: Ihr Kind...

- ... zeigt sich die meiste Zeit des Tages gut gelaunt und fröhlich

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... bewegt sich sicher und geschickt

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... lernt schnell neue Bewegungen

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... hat Freude daran neues zu Lernen

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... zeigt eine eindeutige Händigkeit

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... arbeitet sorgfältig und genau

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... kann aufmerksam bei Regelspielen bleiben

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... kann aufmerksam bei Bewegungsangeboten bleiben

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... Kann Ablenkungen ausblenden

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... hat Spaß am Malen

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... versteht Anweisungen und kann diese umsetzen

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... kann sich mitteilen

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ...kann planvoll handeln

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____
- ... besitzt die Fähigkeit Probleme lösen zu können

Trifft zu _____ Trifft nicht zu _____ Hinweis: _____

- ... kann sich an Regeln und Absprachen halten

Trifft zu Trifft nicht zu Hinweis: _____
- ... kann Kompromisse finden

Trifft zu Trifft nicht zu Hinweis: _____
- ... zeigt Kreativität

Trifft zu Trifft nicht zu Hinweis: _____
- ... besitzt ein gutes Selbstwertgefühl

Trifft zu Trifft nicht zu Hinweis: _____
- ... besitzt ausreichend Selbstbewusstsein

Trifft zu Trifft nicht zu Hinweis: _____
- ... kann mit Frustration umgehen

Trifft zu Trifft nicht zu Hinweis: _____
- ... kann eigene Bedürfnisse und Emotionen äußern

Trifft zu Trifft nicht zu Hinweis: _____
- ... kann Bedürfnisse und Emotionen Anderer benennen

Trifft zu Trifft nicht zu Hinweis: _____

Bitte kreuzen sie an welche Alltagshandlungen ihr Kind selbstständig umsetzen kann:

Alltagssituationen

Bitte bewerten sie ob und wie ihr Kind folgende Handlungen umsetzen kann, bei nicht vorkommenden Aktivitäten wählen sie bitte

	 Kann es gut/ alleine/ hat Freude daran	 Kann es mit Hilfe/ Motivation, kann es, mag es aber nicht sonderlich	 Kann/ Mag es nicht, benötigt komplette Unterstützung und/ oder Übernahme	 Kommt in unserem Alltag nicht vor/ Betrifft unser Kind nicht
Schlafen				
Aufstehen				
Zähne putzen				
Sich waschen				
Toilette benutzen				
Duschen/ Haare waschen				
Haare kämmen				
Kleidung raussuchen				
Anziehen/ Ausziehen				
Reißverschluss schließen				
Knöpfe schließen				
Schleife binden				
Brötchen schneiden				
Treppe steigen				
Zur Kita/ Schule gehen				
Lesen				
Schreiben				
Rechnen				

Hausaufgaben machen				
Kochen				
Tisch decken				
Essen				
Spülmaschinen ein- / ausräumen				
Schultasche packen				
Einkaufen				
Staubsaugen				
Blumen gießen				
Tiere füttern				
Telefonieren				
Roller fahren				
Fahrrad fahren				
Mit Freunden fangen spielen				
Gesellschaftsspiele spielen				
Schaukeln				
Klettern				
Einer Sportart nachgehen				
Schwimmen				
Ein Instrument spielen				
Mit Pc, Tablet Handy umgehen				
Fernsehen				
Basteln/ Schneiden				
Malen				
Puzzeln				
Mit Lego o.ä. bauen				
Zimmer aufräumen				

Kindergarten/ Tagesbetreuung

Geht oder ging ihr Kind in den Kindergarten? Ja Nein

Ging oder geht ihr Kind mit Freude in den KiGa? _____

Wie sind die derzeitigen Betreuungszeiten? _____

Wie ist/ war das Kind in die Gruppe integriert? _____

Was klappt im Kindergarten besonders gut? _____

Was klappt im Kindergarten nicht gut? _____

Wie ist ihr Kontakt zu den Erzieher/innen? _____

Schule

In welchem Alter wurde ihr Kind eingeschult? _____

Welche Klasse besucht es derzeit? _____

Wie sind die Schulzeiten? _____

Bitte bewerten sie folgende Aussagen:

Ihr Kind ist gut in die Klasse integriert

_____ Hinweis:
Trifft zu Trifft nicht zu _____

Ihr Kind kann sich am Unterricht beteiligen

_____ Hinweis:
Trifft zu Trifft nicht zu _____

Ihr Kind kann sich an Klassenregeln halten

_____ Hinweis:
Trifft zu Trifft nicht zu _____

Ihr Kind kann Pausen harmonisch nutzen

_____ Hinweis:
Trifft zu Trifft nicht zu _____

Die Hausaufgaben Situation zeigt sich konfliktfrei

_____ Hinweis:
Trifft zu Trifft nicht zu _____

Sie sind auf die Leistungen ihres Kindes stolz

_____ Hinweis:
Trifft zu Trifft nicht zu _____

Sie sind mit den Leistungen ihres Kindes zufrieden

_____ Hinweis:
Trifft zu Trifft nicht zu _____

Was klappt in der Schule besonders gut? _____

Was klappt in der Schule nicht? _____

Wie ist ihr Kontakt zur Lehrerschaft? _____

In welchen Bereichen wünschen sie sich, unabhängig von den benannten Schwierigkeiten, Unterstützung durch die Ergotherapie?

- Richtig Loben
- Umgang mit Konfliktsituationen
- Einbeziehung in den Alltag
- Tagesstrukturierung
- Token/ Belohnungssysteme
- Hausaufgabensituation
- Streit zwischen Kindern
- Zum Lernen motivieren
- Freiheiten und Grenzen
- Medienkonsum