Sie interessieren sich für eine ergotherapeutische Behandlung Ihres Kindes in unserer Praxis? Wenn Sie bereits einen Termin vereinbart haben, drucken Sie bitte den nachfolgenden Bogen aus und füllen ihn in Ruhe zu Hause aus .Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zu Ihrem ersten Termin mit

Ihre Angaben werden gemäß der Schweigepflicht vertraulich behandelt und sind Bestandteil unserer Befunderhebung.

**Anamnesefragebogen Ergotherapie**

Name, Vorname des Kindes ...................................................................................

evtl. abweichender Nachname der Eltern .............................................................

Geburtsdatum .......................... Geburtsort .....................................................

Adresse...................................................................................................................

Tel.-Nr. privat ................................ mobil ...........................................................

Geschwister ...........................................................................................................

Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie geführt haben ...............

...............................................................................................................................

Datum .........................................

**Schwangerschaft/ Geburt**

1. Gab es Probleme in der Schwangerschaft ? (Stress, Infektionen,

vorzeitige Wehen) Wenn ja, welche?............................................... Ja 0 Nein 0

2. Wurde Ihr Kind früher oder später als geplant geboren? Ja 0 Nein 0

Wurde es durch Kaiserschnitt entbunden? Ja 0 Nein 0

Wenn nicht, wann und wie (Saugglocke, Zangengeburt)? ....................................

................................................................................................................................

3. Größe und Gewicht des Babys? .........................................................................

4. Gab es Auffälligkeiten im Verhalten des Babys (häufiges Schreien, Unruhe oder eher sehr pflegeleicht etc.)? ..........................................................................

................................................................................................................................

5. Hatte ihr Baby Schlafprobleme? Ja 0 Nein 0

6. Haben Sie gestillt? Wie lange haben sie gestillt? ..............................................

7. Hat ihr Kind gekuschelt ? Ja 0 Nein 0

**Medizinische Aspekte**

8. Gibt es Allergien oder chronische Erkrankungen? Wenn ja,

welche? ........................................................................................ Ja 0 Nein 0

9. Liegt eine Hör - oder Sehbehinderung vor ? Ja 0 Nein 0

10. Nimmt ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche? Ja 0 Nein 0

................................................................................................................................

11. Ist ihr Kind trocken? Ja 0 Nein 0

12. Hat ihr Kind Schlafprobleme oder Einschlafprobleme? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welche? ..................................................................................................

**Motorik**

13. Hat sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken und zurück gedreht?

In welchem Alter?...................................................... Ja 0 Nein 0

14. Ist ihr Kind gekrabbelt? Ja 0 Nein 0

Wie alt war ihr Kind und wie lange ist Ihr Kind gekrabbelt? ..................................

................................................................................................................................

15. Wann konnte Ihr Kind frei - sitzen? ................................................................

- stehen? ...............................................................

- laufen? ................................................................

- Treppe steigen? ..................................................

- Fahrrad fahren? ..................................................

16. Ist ihr Kind Rechts- oder Linkshänder? ............................................................

17. Klettert ihr Kind in die Höhe? ..........................................................................

18. Ist ihr Kind geschickt beim Malen/Schneiden/Basteln? ...................................

................................................................................................................................

19. Besitzt Ihr Kind Ihrer Meinung nach eine besondere motorische Fähigkeit?

................................................................................................................................

................................................................................................................................

20. Hat ihr Kind einen auffallenden Körpertonus (Schlaff, schlapp, verkrampft, kräftig)?..................................................................................................................

**Wahrnehmung**

21. Gleichgewicht:

- Schaukeln (gerne, ungern, viel) .................................................................

- Drehbewegungen (gerne, ungern, viel) .....................................................

- Springen (gerne, ungern, viel) ...................................................................

- Rutschen(gerne, ungern, viel) ...................................................................

- Sicheres Stehen auf einem Bein ................................................................

-Sicheres Stehen mit geschlossenen Augen ................................................

22. Hautsinn:

- Kuscheln (gerne, ungern, viel) ...................................................................

- Matschen (gerne, ungern, viel) .................................................................

- Aversionen/Abneigungen ..........................................................................

23. Tiefensensibilität:

- Hinfallen/Stoßen (oft, absichtlich) .............................................................

24. Riechen/Schmecken:

- Essensvorlieben (warm,kalt) ......................................................................

- ißt gut/schlecht ..........................................................................................

- Lehnt Lebensmittel mit bestimmter Konsistenz ab ...................................

- Geruchsempfindlich ...................................................................................

25. Hören

- Tolerieren von lauten Geräuschen ............................................................

- orientiertes Hören .....................................................................................

- reagiert auf Ansprache ..............................................................................

26. Sprache

- Sprachfluß (stotternd, flüssig, schnell).......................................................

- altersentsprechender Wortschatz ............................................................

27. Sehen

- Sehhilfe ......................................................................................................

- Gegenstände aus Menge erkennen ...........................................................

**Emotionale Entwicklung/Spielverhalten**

28. Hat Ihr Kind Freunde ? (fest, wechselnd) .................................... Ja 0 Nein 0

29. Spielt Ihr Kind lieber mit älteren/jüngeren Kindern? .......................................

30. Kann sich Ihr Kind durchsetzen/gibt gerne nach? ...........................................

31. Welches Spielzeug bevorzugt Ihr Kind? ...........................................................

32. Spielt Ihr Kind lieber im Freien oder Drinnen? ................................................

33. Spielt ihr Kind lieber am Boden oder am Tisch? ............................................

34.Wie verhält sich Ihr Kind bei

- Bewegungsspielen .....................................................................................

- Rollenspielen .............................................................................................

- Bau- und Konstruktionsspielen ..................................................................

35. Ist Ihr Kind im Sportverein (seit wann, wie oft)? ............................................

36. Kann ihr Kind selbständig spielen? ..................................................................

**Selbständigkeit**

37. Kann Ihr Kind selbständig

- Essen und Trinken ......................................................................................

- Körperhygiene betreiben ...........................................................................

- Kleidung anziehe/ausziehen ......................................................................

-Tagesrituale erkennen ( Zähne putzen) ......................................................

**Kindergarten/Schule**

38. Name/Adresse der derzeitig besuchten Einrichtung ................................................................................................................................................................................................................................................................

dortige Bezugsperson ............................................................................................

39. Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus? Ja 0 Nein 0

40. Welche Schwierigkeiten gibt es ? ....................................................................

41. Welche Lieblingsfächer hat Ihr Kind? ..............................................................

42. Welchen Tagesablauf hat Ihr Kind? .................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................

**Therapieziel**

43. Bitte versuchen Sie Ihr wichtigstes Ziel für die Therapie zu definieren.

Was soll sich für Ihr Kind verändern? ....................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................