

Anamnesebogen Pädiatrie

Liebe Eltern, um die ergotherapeutische Behandlung ihres Kindes so individuell, zielgerichtet und nachhaltig wie möglich zu gestalten, benötige ich Ihre Mithilfe und teils auch Anwesenheit in der Therapie. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus. Wenn Ihnen Fragen zu persönlich oder anderweitig unangenehm sind, lassen Sie diese aus.



Grundangaben	
Name des Kindes:	Geburtsdatum:
Adresse und Telefonnummer Kita / Schule:	Verordnende*r Arzt / Ärztin:
Name Erzieher*in / Lehrer*in:	

Wer hat die Ergotherapie empfohlen?

Medizinische Daten	
Diagnose	
Medikamente	
Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgeräte)	
Allergien	
Krankenhausaufenthalte	
Weitere Therapien (aktuell oder abgeschlossen)	

Über mein / unser Kind	
Interessen meines Kindes:	Das mag mein Kind gar nicht:
Was ich besonders an meinem Kind schätze:	Stärken meines Kindes:
Gründe für die Vorstellung in der Ergotherapie:	Woher könnten diese Schwierigkeiten kommen?

Wünsche und Erwartungen an die Therapie		
Im Bereich der Selbstversorgung (zB. körperl. Versorgung)	Änderungswünsche für Kita / Schule	Freizeit und soziale Kontakte / Familie

Liebe Eltern, nachfolgend verschaffe ich mir ein Bild von der aktuellen Lebenssituation Ihres Kindes.

Aktuelle Lebenssituation in der Familie		
	Elternteil I	Elternteil II
Name und Alter		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit (VZ,TZ, Minijob)		
Besondere Stärken / Interessen		
Beziehungsstatus der Eltern		
Von getrennt lebenden Elternteilen auszufüllen:		
Bei wem lebt das Kind?		
Gibt es regelmäßigen Kontakt zu dem anderen Elternteil, wann?		

Wichtige Bezugspersonen			
Weitere wichtige Bezugsperson			
Geschwister			
Name	Alter	Kita / Schule (Klassenstufe)	Auffälligkeiten
1.			
2.			
3.			

Gibt es Haustiere?	
--------------------	--

Gab es besondere Veränderungen / Schicksalsschläge	
Im letzten Jahr	
Generell	

Wohn- und Bewegungssituation	
Wohnort:	<input type="checkbox"/> Wohnung ____qm <input type="checkbox"/> Haus ____qm
Kinderzimmer:	<input type="checkbox"/> eigenes Zimmer ____qm <input type="checkbox"/> Zimmer geteilt mit _____
Sonstige Bewohner	
Wie viel Bewegung hat ihr Kind täglich / wöchentlich?	

Sozial- und Spielverhalten des Kindes	
Was und womit spielt ihr Kind (drinnen)?	
Was und womit spielt ihr Kind (draußen)?	
Hat es feste Freunde? <input type="checkbox"/> in Kita / Schule <input type="checkbox"/> Nachbarschaft	<input type="checkbox"/> ja gleichaltrige <input type="checkbox"/> ja, eher jüngere <input type="checkbox"/> ja, eher ältere <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sprunghaft

Mein Kind kann sich alleine beschäftigen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mit _____ für ____min/h
Wie hoch ist der Medienkonsum? (TV, PC, Spielkonsole, Handy)	<input type="checkbox"/> kein Medienkonsum <input type="checkbox"/> tägl. etwa _____min <input type="checkbox"/> tägl. etwa _____Stunden <input type="checkbox"/> verschieden, etwa ____Stunden pro Woche
Gibt es bereits Regeln zum Medienkonsum?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, sind aber ein Streitfall

Schwangerschaft und Geburt

Wie verlief die Schwangerschaft allgemein?	<input type="checkbox"/> unproblematisch <input type="checkbox"/> problematisch
Wie verlief die Geburt?	<input type="checkbox"/> unproblematisch <input type="checkbox"/> problematisch
<input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Komplikation:	Alter der Mutter bei der Geburt: Geburt in SSW _____
Wievielte Schwangerschaft?	Größe / Gewicht des Kindes: ____cm; ____g
Wurde das Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____Monate / Jahre
Ist ihr Kind berührungsempfindlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> lehnt bestimmte Materialien ab

Weitere Voruntersuchungen / Diagnosen im Kindesalter

Welche Voruntersuchungen fanden statt?	
Augenheilkunde / Sehschule	<input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Schielen / Winkelfehlsichtigkeit
HNO Arzt / Pädaudiologie	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> zentrale auditive Verarbeitungsstörung <input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündungen
Kinder – und Jugendpsychiatrie / SPZ	<input type="checkbox"/> umschr. Entwicklungsverzög. der motor. Funktionen / Koordinationsstörungen <input type="checkbox"/> ADHS / ADS <input type="checkbox"/> LRS / Dyskalkulie <input type="checkbox"/> depressive Störung <input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens <input type="checkbox"/> tiefgreifende Entwicklungsstörung / Autismus <input type="checkbox"/> Angst- und Zwangsstörung
Sonstiges:	

Kindergarten	Schule
<input type="checkbox"/> geht / ging gerne hin <input type="checkbox"/> geht / ging nicht gerne	<input type="checkbox"/> geht gerne hin <input type="checkbox"/> geht nicht gerne
<input type="checkbox"/> geht / ging von ____bis ____Uhr	<input type="checkbox"/> geht von ____ bis ____Uhr zur Schule
Besucht Einrichtung seit dem Alter von	Besucht Einrichtung seit dem Alter von
Wie und mit wem kommt/kam ihr Kind dorthin?	OGS-Betreuung, falls ja wann/wie lange?
Wie ist / war ihr Kind integriert? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> hat feste Freunde <input type="checkbox"/> nicht gut	Wie ist ihr Kind im Schulleben integriert? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> hat feste Freunde <input type="checkbox"/> nicht gut

Weitere Fragen zur Schulsituation	
Wie sind die Leistungen ihres Kindes allgemein?	
Welches Fach / Fächer fallen ihm leicht?	
Welches Fach / Fächer fallen schwer?	
Wie ist die Beteiligung im Unterricht?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht Gründe aus Ihrer Sicht:
Hält sich ihr Kind an die Klassenregeln?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Gründe aus Ihrer Sicht:
Wie ist die Situation in den Schulpausen?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> problematisch Gründe aus ihrer Sicht:
Wie ist die Hausaufgabensituation?	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> problematisch Gründe aus ihrer Sicht:
Wo und mit wem macht ihr Kind die HA?	

Emotionale und sozioemotionale Fähigkeiten	0 = unproblematisch, 1= probl. leicht ausgeprägt, 2 = probl. mäßig ausgeprägt, 3 = erhebl. ausgeprägt. 4 = voll ausgeprägt					Bemerkungen
	0	1	2	3	4	
(Grund-)Stimmung						
Selbstregulation						
Kommunikation						
Kontaktaufnahme						
Einhalten von Regeln						
Frustrationstoleranz						
Selbstwertgefühl						
Leistungsbereitschaft						

Kognitive Fähigkeiten und Funktionen	0 = unproblematisch, 1= probl. leicht ausgeprägt, 2 = probl. mäßig ausgeprägt, 3 = erhebl. ausgeprägt. 4 = voll ausgeprägt					Bemerkungen
	0	1	2	3	4	
Aufmerksamkeit bei selbstgewählten Aufgaben						
Aufmerksamkeit bei fremdbestimmten Aufgaben						
Anweisungen umsetzen						
Sich verständlich mitteilen						
Sprachverständnis						
Planvoll handeln						
Merkfähigkeit						
Arbeitstempo						
Sorgfalt und genaues Arbeiten						
Fähigkeit zur Problemlösung						
Kreativität / Phantasie						
Lerntempo						

Fertigkeiten der grob- und feinmotorischen Koordination	0 = unproblematisch, 1= probl. leicht ausgeprägt, 2 = probl. mäßig ausgeprägt, 3 = erhebl. ausgeprägt. 4 = voll ausgeprägt					Bemerkungen
	0	1	2	3	4	
Sicher und geschickt bewegen						
In angemessenem Tempo bewegen						
Erlernen neuer Bewegungen						
Ausdauer bei der Bewegung						
Kraftdosierung bei motorischen Anforderungen						
Aufrecht sitzen						
Ruhig sitzen / Stillsitzen						
Eindeutige Händigkeit (rechts oder links)						
Stift geschickt führen						
Altersgerecht malen						
Begrenzungen beim Malen einhalten						
Auf der Linie schneiden						
Leserlich schreiben						
Zügig schreiben						
Klettern						
Ball werfen und fangen						
Schaukeln						
Schwimmen						
Roller fahren						
Fahrrad fahren						
Inliner fahren						
Türen aufschließen						
Verschlüsse öffnen und schließen						

Gibt es eine feste Tages- / Wochenstruktur?

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
morgens							
vormittags							
nachmittags							
abends							

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Vorbereitung einer gelingenden Therapie!