

Ergotherapie Fragebogen – für Eltern

Liebe Eltern,

Die Ergotherapie verfolgt das Ziel, Ihr Kind bei der Bewältigung des Alltags und der Förderung seiner Selbstständigkeit in den Bereichen Selbstversorgung (alltägliche Routinen, Mobilität und Selbständigkeit), Kindergarten oder Schule, Freizeit und sozialem Leben zu unterstützen.

Damit die ergotherapeutische Behandlung Ihres Kindes individuell und wirkungsvoll gestaltet werden kann, benötigen wir Ihre Mithilfe.

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus. Sollten Fragen unangenehm oder unpassend erscheinen, dürfen Sie diese selbstverständlich auslassen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Persönliche Daten

Name des Kindes:
Kindergarten / Schule (mit Adresse):
Wer hat Ihnen eine Ergotherapie empfohlen?

Medizinische Daten

Diagnosen:
Medikamente:
Allergien:
Weitere Therapien (aktuell oder abgeschlossen):
Hatte Ihr Kind schon einmal Ergotherapie ? Wenn ja, wo und wann ?:

Bitte legen Sie ggf. Berichte von Ärzten, Therapeuten, Pädagogen ect. in Kopie bei

Über unser Kind

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?
Was sind die Stärken Ihres Kindes? Was kann es gut? Was schätzen Sie und andere besonders an ihm?
Wofür interessiert sich Ihr Kind? Hobbies?
Weshalb möchten Sie mit Ihrem Kind zur Ergotherapie kommen?
Haben Sie eine Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen könnten?

Ziele und Erwartungen an die Ergotherapie

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Bereich Selbstversorgung (alltägliche Routinen, Mobilität, Selbstständigkeit) verändern?
Was soll sich aus Ihrer Sicht im Kindergarten und in der Schule verändern?
Was soll sich aus Ihrer Sicht im Bereich der Freizeit und des sozialen Lebens verändern?
Welche weiteren Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Ergotherapie?

Über die Familie / Aktuelle Lebenssituation

Eltern (Name und Alter) Mutter:			
Vater:			
Wie ist der Beziehungsstatus der leiblichen Eltern? <input type="checkbox"/> Zusammen <input type="checkbox"/> Getrennt			
Geschwister	Name:	Alter:	Konflikte/Rivalitäten:

Gab es familiäre Veränderungen oder Schicksalsschläge? Wenn ja, welche?

Nur von getrennt lebenden Eltern auszufüllen:

Bei wem lebt das Kind?
Gibt es regelmäßigen Kontakt zum anderen Elternteil?
Gibt es neue Partner?
Sonstige Bezugspersonen:

Spielverhalten / Aktivitäten des Kindes

Was / womit spielt Ihr Kind gerne drinnen / draußen? Womit verbringt Ihr Kind gerne Zeit ?			
Beteiligt sich Ihr Kind bei Haushaltsaktivitäten ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein			
Hat es feste Freunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wo: <input type="checkbox"/> KiTa <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Nachbarschaft			
Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum?			
<input type="checkbox"/> TV	Zeit:	min/täglich	
<input type="checkbox"/> Spielekonsole / PC	Zeit:	min/täglich	
<input type="checkbox"/> Soziale Medien (TicToc, Instagram etc.) / Youtube	Zeit:	min/täglich	
Wieviel bewegt sich Ihr Kind? Draußen spielen <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten			
Freizeitsport	<input type="checkbox"/> 1x wöchentl.	<input type="checkbox"/> mehrmals wöchentl.	<input type="checkbox"/> keinen

Schule

Alter bei der Einschulung:	Welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell :
Welche Schule besucht Ihr Kind aktuell :	
Geht Ihr Kind gerne zur Schule ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - bitte begründen:	
Wie kommt Ihr Kind zur Schule? <input type="checkbox"/> Zu Fuß <input type="checkbox"/> Mit dem Auto <input type="checkbox"/> Mit dem Fahrrad <input type="checkbox"/> Mit dem Bus	
Schulzeiten: <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> variabel mit Hortbetreuung <input type="checkbox"/> variabel ohne Hortbetreuung	
Wie gut ist Ihr Kind in die Klassengemeinschaft eingebunden? <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Weniger gut - bitte begründen:	
Wie zufrieden sind <u>Sie</u> mit der Leistung des Kindes in der Schule ? <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden Wie zufrieden ist <u>Ihr Kind</u> mit den eigenen Leistungen ? <input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden	
Lieblingsfächer :	
Besonders ungeliebte Fächer :	
Wie beteiligt sich Ihr Kind am Unterricht? <input type="checkbox"/> Aktiv <input type="checkbox"/> Eher zurückhaltend	
Wie kommt Ihr Kind mit dem Lernen zurecht ? <input type="checkbox"/> fällt meist leicht <input type="checkbox"/> wechselhaft <input type="checkbox"/> fällt meist schwer	
Wie erlebt Ihr Kind die Pausen- oder Hortsituation? <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Schwierig - bitte beschreiben:	
Wie gut kann sich Ihr Kind an Klasseregeln halten? <input type="checkbox"/> fällt leicht <input type="checkbox"/> fällt schwer	
Wie kommt Ihr Kind mit den Hausaufgaben zurecht? <input type="checkbox"/> meist Selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nur mit großem Aufwand oder Widerstand	
Weitere Information zum Thema Schule, die aus Ihrer Sicht wichtig sind :	

Fertigkeiten und Fähigkeiten

Händigkeit : Rechthänder Linkshänder

Bitte schätzen Sie die in den Tabellen aufgeführtes Fähigkeiten Ihres Kindes entsprechend der Skala ein :

Bewertungsskala: 0 = gelingt gut
 1 = etwas unsicher, aber selbstständig
 2 = etwas Unterstützung oder Motivation nötig
 3 = viel Unterstützung oder Motivation nötig
 4 = nicht möglich

Motorische Fähigkeiten	4	3	2	1	0	Bemerkungen
Händigkeit ist eindeutig						
Bewegt sich geschickt und sicher						
Bewegt sich im angemessenen Tempo						
Kann sich ausdauernd bewegen						
Lernt gut neue Bewegungen						
Kann Kraft dosieren						
Ball fangen und werfen						
Klettern						
Schaukeln						
Roller fahren						
Fahrrad fahren						
Schwimmen						
Still sitzen						
Aufrecht sitzen						
Stiftführung ist geschickt						
Malen ist altersentsprechend						
Einhalten von Begrenzungslinien beim Malen						
Ausschneiden						
Schrift ist lesbar						
Schreiben ist zügig						
Verschlüsse benutzen (Knöpfe, Reisverschlüsse)						

Kognitive Fähigkeiten	4	3	2	1	0	Bemerkungen
Ausdauer bei selbst gewählten Aufgaben						
Ausdauer bei geforderten Aufgaben						
Konzentration / Fokus halten						
Verstehen von Aufgaben / Aufträgen						
Sich mitteilen können / Kommunikation						
Planvolles / strukturiertes Handeln						
Merkfähigkeit						
Ist sorgfältig und genau						
Angemessenes Arbeitstempo						
Lernen / neues Wissen aneignen						
Ist kreativ						

Emotionale und soziale Fähigkeiten	4	3	2	1	0	Bemerkungen
Ist emphatisch/ mitfühlend						
Ist kooperativ / Zusammenarbeit						
Kann mit Konflikten umgehen						
Frustrationstoleranz						
Hält sich an Regeln						
Ist geduldig						
Kennt eigene Bedürfnisse und Grenzen						
Kann Gefühle regulieren						
Selbstwertgefühl						
Kann Beziehungen zu Anderen aufbauen						