



Praxis für Ergotherapie
Zosdar Nabet Kurt
Moselstraße 38
66693 Orscholz
Tel.: 06865/1869040

Anamnesefragebogen Ergotherapie Pädiatrie

Ausfülldatum

Name + Vorname des Kindes:

Evtl. abweichender Name der Eltern:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. Nr.:

Schule / Kindergarten (Name und Adresse):

Familienmitglieder, die in der Wohnung leben (Anzahl):

Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie führten:

Schwangerschaft / Geburt

1. Gab es Probleme während der Schwangerschaft? (Stress, Infektionen, vorzeitige Wehen)
Wenn ja, welche? Ja Nein

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

3. Hausgeburt? Ja Nein

4. Geburt in der Klinik? Ja Nein

5. Spontangeburt? Ja Nein

6. Wurde es durch Kaiserschnitt entbunden? Ja Nein

7. Saugglocke? Ja Nein

8. Zangengeburt? Ja Nein

9. Nabelschnurumschlingung Ja Nein

10. Mehrlingsgeburt Ja Nein

11. Blutgruppenunverträglichkeit Ja Nein

12. Gelbsucht (länger als 2 Tage) Wenn ja, wie viele Tage? Ja Nein

13. Blaufärbung des Neugeborenen Ja Nein

14. Sondierung Ja Nein

15. Brutkasten? wenn ja, wie lange? Ja Nein

16. Apgar-Werte

17. Größe und Gewicht des Babys

18. War Ihr Baby unruhig und schrie viel? Ja Nein

19. War es sehr pflegeleicht? Ja Nein

20. Hatte Ihr Baby Schlafprobleme? Ja Nein

- | | | |
|--|----|------|
| 21. Haben Sie gestillt? (Wie lange?) | Ja | Nein |
| <input type="text"/> | | |
| 22. Schwaches saugen? | Ja | Nein |
| 23. Wenig getrunken? | Ja | Nein |
| 24. Hat Ihr Kind gekuschelt? | Ja | Nein |
| 25. Hatte Ihr Kind einen Schnuller? | Ja | Nein |
| 26. Speichelfluss über 12. Monat hinaus? | Ja | Nein |

Heutiges Verhalten

- | | | |
|---|----|------|
| 27. Ruhig | Ja | Nein |
| 28. Redet ständig | Ja | Nein |
| 29. Eigensinnig | Ja | Nein |
| 30. Lernt Neues schwer | Ja | Nein |
| 31. Öfter Wutanfälle | Ja | Nein |
| 32. Ungeschickt | Ja | Nein |
| 33. Trennt sich schwer von Bezugspersonen | Ja | Nein |
| 34. Ticks | Ja | Nein |
| 35. Überaktiv | Ja | Nein |
| 36. Zu Impulsiv | Ja | Nein |
| 37. Widersetzt sich gegen Veränderungen | Ja | Nein |
| 38. Aggressiv | Ja | Nein |
| 39. Unzufrieden | Ja | Nein |
| 40. Waghalsig | Ja | Nein |
| 41. Fällt oft hin | Ja | Nein |
| 42. Ermüdet leicht | Ja | Nein |
| 43. Unruhig | Ja | Nein |
| 44. Meist zufrieden | Ja | Nein |
| 45. Unglücklich | Ja | Nein |
| 46. Schnell frustriert | Ja | Nein |
| 47. Schaukelt sich häufig | Ja | Nein |
| 48. Kurze Aufmerksamkeitsspanne | Ja | Nein |

Familienanamnese

Familienstand der Eltern:

Geschwister:

Ja Nein

Name und Alter der Geschwister:

Vorname des Vaters:

Vorname der Mutter:

Beruf Vater:

Beruf Mutter:

Wohnsituation:

Verhältnis der Familienmitglieder:

Medizinische Aspekte

49. Gibt es Allergien oder chronische Erkrankungen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

50. Liegt eine Hör- oder Sehbehinderung vor?

Ja Nein

51. Müssen regelmäßig Medikamente genommen werden?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

52. Ist Ihr Kind trocken? Ja Nein

53. Hat Ihr Kind Schlaf- oder Einschlafprobleme? Ja Nein

54. Lagen oder liegen folgende Krankheiten vor?

- | | |
|--------------|---------------------------------|
| Masern | häufige Erkältungen |
| Scharlach | häufige Ohrenentzündungen |
| Röteln | häufiges Erbrechen/Durchfall |
| Keuchhusten | Krämpfe |
| Mumps | zittrige Bewegungen |
| Windpocken | Unfälle |
| Pseudokrupp | Krankenhausaufenthalte |
| Infektionen | Meningitis (Hirnhautentzündung) |
| Epilepsie | Asthma |
| Herzprobleme | |

Motorik

55. Hat sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken und zurückgedreht? Ja Nein

56. Wie hat sich Ihr Kind fortbewegt, bevor es krabbelte?

57. Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ja Nein

Wie lange?

58. Wann konnte Ihr Kind frei sitzen?

59. Wann konnte Ihr Kind frei stehen?

60. Wann konnte Ihr Kind frei laufen?

61. Wann konnte Ihr Kind im Wechselschritte Treppen steigen?

62. Wann konnte Ihr Kind ohne Stützräder Fahrrad fahren?

63. Welche Hand benutzt Ihr Kind spontan?

64. Mit welcher Hand malt/schreibt es?

65. Ist Ihr Kind geschickt beim Schneiden/Malen/Basteln?

Ja Nein

66. Klettert Ihr Kind in die Höhe?

Ja Nein

Wahrnehmung

67. Gleichgewicht

Schaukeln (gerne?, viel?)

Drehbewegungen (gerne?, viel?)

Springen (gerne?, viel?)

Rutschen (gerne?, viel?)

In die Höhe Klettern (gerne?, viel?)

68. Hautsinn

Kuscheln (gerne?, viel?)

Matschen (gerne?, viel?)

Kraft dosieren (gut?, wechselnd?)

Sich anfassen lassen?

Sich selber stimulieren (beißen?, kratzen?...)

69. Tiefensensibilität

Hinfallen (wie oft?, absichtlich hinwerfen?)

Stoßen (sich oder andere)

Rängeleien mit anderen Kindern

Gefahreinschätzung des Kindes

70. Riechen/Schmecken

Wählerisch beim Essen

Lehnt Lebensmittel mit bestimmten Konsistenzen ab

Geruchsempfindlich

71. Hören / Sehen / Sprache

Stolpert häufig

Findet Dinge in einer Menge (z. B. Spielsachen)

Toleriert helles Licht

Toleriert laute Geräusche

Kann Melodien nachsingen

Reagiert auf Ansprache

Wie ist die Aussprache/Grammatik

Hat früh / spät gesprochen

Emotionale Entwicklung

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

73. Nimmt Ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern selbständig auf? Ja Nein

74. Ist Ihr Kind sehr feinfühlig? Ja Nein

75. Streitet Ihr Kind häufig? Ja Nein

76. Reagiert Ihr Kind schnell über? Ja Nein

77. Welche Rolle nimmt Ihr Kind mit den Geschwistern ein?

78. Welche Rolle hat es im Freundeskreis?

Spiel

79. Kann Ihr Kind selbständig spielen? Ja Nein

80. Spielt Ihr Kind bevorzugt mit Gleichaltrigen? Ja Nein

81. Spielt Ihr Kind lieber alleine oder mit Freunden?

82. Spielt Ihr Kind lieber drinnen oder draußen?

83. Was spielt Ihr Kind am liebsten?

Rollenspiele

Regelspiele/Gesellschaftsspiele

Konstruktive Spiele (Lego, Playmobil...)

Malen

Sonstiges

Selbständigkeit

84. Körperhygiene

85. Kleidung anziehen/ausziehen

86. Knoten/Schleife binden

87. Essen/Trinken

88. Tagesrituale kennen (Zähne putzen, ins Bett gehen)

Kindergarten

Name und Anschrift des Kindergartens:

Name der Erzieherin:

89. Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus?

Ja Nein

90. Gibt es Schwierigkeiten in der Kita? Wenn ja, welche?

Ja Nein

Schule

Name und Anschrift der Schule:

Name des Lehrers / der Lehrerin:

91. Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus? Ja Nein

92. Gibt es Schwierigkeiten in der Schule? Wenn ja, welche? Ja Nein

Freizeit

93. Welche Termine hat Ihr Kind regelmäßig? (was?, an welchem Tag?)

Sportverein

Schulangebote

Andere Therapien

Nachhilfe

Verabredungen mit Freunden

Instrumentenunterricht

Sonstiges

Therapieziel

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

Was soll sich für Ihr Kind verändern?