

## Anamnesebogen Pädiatrie

Liebe Eltern,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus. Ihr aktive Mitarbeit jetzt und später beeinflusst den Therapieerfolg maßgeblich.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Persönliche Daten	
Name des Kindes:	
Adresse:	
Telefonnummern: E-Mail-Adresse:	
Verordnender Arzt:	
Kindergarten / Schule (inkl. Adresse):	
Name und Telefonnummer der Erzieherin / Lehrerin	
Wer hat Ihnen die Ergotherapie empfohlen:	

Medizinische Daten	
Diagnose (laut Verordnung):	
Medikamente:	
Hilfsmittel (Brille, Hörgerät ...):	
Allergien:	
Krankenhausaufenthalte:	
Weitere Therapien (aktuell oder abgeschlossen, wann und bei wem):	
Bisherige Erfahrungen mit Ergotherapie:	
Hat ihr Kind eine der folgenden (Verdachts-)Diagnosen?	
Augenarzt / Sehschule:	<input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit <input type="checkbox"/> Winkelfehlsichtigkeit / Schielen <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> andere: _____
HNO-Arzt / Pädaudiologie:	<input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung (Paukenergüsse) <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> zentrale auditive Verarbeitungsstörung <input type="checkbox"/> andere: _____

Über unser Kind
Was sind die Stärken Ihres Kindes? Was kann es gut? Was schätzen Sie und andere besonders an ihm?

Wofür interessiert sich Ihr Kind? Was macht es gerne in der Freizeit?

Schildern Sie bitte stichpunktartig die Gründe der jetzigen Vorstellung Ihres Kindes in unserer Praxis:

Haben Sie eine Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen?

#### Ziele und Erwartungen an die Ergotherapie

Was soll sich aus Ihrer Sicht in den Bereichen Selbstständigkeit / Schule bzw. Kindergarten / Freizeit verändern?

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Ergotherapie?

#### Über die Familie / aktuelle Lebenssituation

	Mutter	Vater
Name:		
Alter:		
Beruf / derzeitige Tätigkeit:		
Was ist der Beziehungsstatus der leiblichen Eltern? <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden		
Bei wem lebt das Kind?		
Geschwister: ____ männlich, ____ weiblich      Alter: ____; ____; ____; ____; ____		
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer <input type="checkbox"/> mit Geschwistern <input type="checkbox"/> Garten <input type="checkbox"/> Hof		

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

Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung in den ersten Lebensjahren

Wie war der Schwangerschaftsverlauf?

Alter der Mutter:

Wievielte Schwangerschaft:

- problematisch                      Gründe:  
 unproblematisch

Wie war die Geburt?

wievielte Schwangerschaftswoche:

- problematisch                      Gründe:  
 unproblematisch  
 Kaiserschnitt

Größe und Gewicht des Kindes:

Größe:

Gewicht:

APGAR:

Wurde das Kind gestillt?

- nein  ja wie lange:

Frühkindliche Entwicklung

- ruhiges Kind  Schreikind Hat sich beruhigt, wenn es auf den Arm genommen wurde:  ja  nein

Gekrabbelt:  ja, mit \_\_\_\_ Monaten  nein

Gelaufen mit \_\_\_\_ Monaten

Auffälligkeiten U1-U9:

Ist ihr Kind berührungsempfindlich?

- nein  ja  
schmust

- nicht  selten  gern  
erkundet mit den Händen

- sehr selten  selten  oft

lehnt folgende Materialien ab:

Falls Ihr Kind den Kindergarten besucht:

Besucht den Kindergarten seit:

Betreuungszeiten:

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

- nicht gerne  gerne

Wie ist das Kind in die Kindergruppe integriert?

- nicht gut  gut  hat feste Freunde im Kindergarten

Falls Ihr Kind die Schule besucht:

In welche Klasse geht Ihr Kind?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

- nicht gerne  gerne

Wie ist das Kind in die Klasse integriert?

nicht gut  gut  hat feste Freunde in der Klasse

Wie sind die Leistungen Ihres Kindes?

Wie sind die Beteiligungen des Kindes am Unterricht?

nicht gut  gut

Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie gut hält sich das Kind an die Klassenregeln?

nicht gut  gut

Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie ist die Pausensituation?

problematisch  gut

Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie ist die Hausaufgabensituation?

problematisch  unproblematisch

Gründe aus Ihrer Sicht:

#### Spielverhalten des Kindes

Womit und was spielt Ihr Kind gerne drinnen?

Womit und was spielt Ihr Kind gerne draußen?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

nein  ja

Womit:

Wie lange:

Hat es feste Freunde?

nein  ja Alter:

aus dem Kindergarten  aus der Schule  aus der Nachbarschaft

Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum? (TV, Handy, Tablet, PC, Konsole)

Zeit: \_\_\_\_\_ min/täglich

Wie und wie lange bewegt sich Ihr Kind täglich/wöchentlich aktiv?

Draußen spielen Zeit: \_\_\_\_\_ min/täglich

Freizeitsport (was und wie viel Zeit/Woche):