

Ergotherapeutischer Fragebogen

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus. Ihre aktive Mitarbeit jetzt und später beeinflusst den Therapieerfolg maßgeblich.

Persönliche Daten

| | |
|--|--|
| Vor-und Nachname, Geburtsdatum: | |
| Familienstand; Angehörige; Wohnsituation: | |
| Adresse: | |
| Telefonnummer: E-Mail-Adresse: | |
| Grad der Behinderung; Pflegegrad: | |
| Schulabschluss; Berufsausbildung; Sind Sie aktuell berufstätig? Falls nein, planen Sie eine Tätigkeit aufzunehmen? (arbeitsunfähig; arbeitslos; berentet; erwerbstätig) | |
| Wer hat ihnen Ergotherapie empfohlen? | |

Medizinische Daten

| | |
|--|--|
| Diagnose (laut Verordnung; seit wann?) | |
| Medikamente, Allergien: | |
| Hilfsmittel (Brille, Hörgerät etc.): | |
| Relevante Krankenhausaufenthalte: (Jahr/ Grund) | |
| Weitere Therapien: (aktuell oder abgeschlossen) | |

Gemeinschaftspraxis für Ergotherapie Passari & Klemt

| | |
|---|--|
| Bisherige Erfahrungen mit der Ergotherapie: | |
|---|--|

Aktuelle Situation

| | |
|---|--|
| Beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre aktuellen Probleme und Schwierigkeiten. | |
| Wie belastend erleben Sie die aktuelle Problematik? | (0=wenig; 1=eher belastend; 2= teilweise belastend; 3= belastend; 4= sehr belastend) 0 1 2 3 4 |
| In welchem Bereich sind Sie am meisten eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> Selbstversorgung <input type="checkbox"/> Arbeit <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Selbstständige Lebensführung |
| Bitte geben Sie an in welchen Punkten Sie Schwierigkeiten haben. | <input type="checkbox"/> Orientierung <input type="checkbox"/> Ausdauer <input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Konzentration <input type="checkbox"/> Kurzzeitgedächtnis <input type="checkbox"/> Langzeitgedächtnis <input type="checkbox"/> Problemlösung <input type="checkbox"/> Frustrationstoleranz <input type="checkbox"/> Handlungsplanung <input type="checkbox"/> Gespräche verfolgen <input type="checkbox"/> Wortfindungsstörungen |
| | <input type="checkbox"/> Hohes Stressempfinden <input type="checkbox"/> Psychische Labilität <input type="checkbox"/> Gemütsschwankungen <input type="checkbox"/> Ängste <input type="checkbox"/> Gereiztheit/ Agressivität <input type="checkbox"/> Grübelneigung <input type="checkbox"/> Perfektionismus <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug <input type="checkbox"/> Finanzielle Sorgen <input type="checkbox"/> Einschneidende Lebenssituation: <input type="checkbox"/> Psychosomatische Symptome (falls ja, bitte auflisten) - - - |
| Wie ist Ihr Schlafverhalten? | <input type="radio"/> Schlafdauer: <input type="radio"/> Einschlafprobleme: <input type="radio"/> Durchschlafprobleme: |

Gemeinschaftspraxis für Ergotherapie Passari & Klemm

| | |
|--|---|
| | <input type="radio"/> Weitere Schlafprobleme: |
|--|---|

Persönliche Ressourcen

| | |
|--|---|
| Was sind Ihre Freizeitbeschäftigungen und Interessen? (Aktuell und früher) | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Welche Menschen/ Situationen sind Ihnen derzeit eine Hilfe? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Welche Ihrer Fähigkeiten stehen Ihnen trotz Ihres Problems uneingeschränkt zur Verfügung? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

Persönliche Ziele

| | |
|--|---|
| Nennen Sie Ihre Wünsche und Erwartungen für die Ergotherapie. | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
|--|---|