

Anamnesebogen Pädiatrie

Datum:

Erziehungsberechtigter:

Patient/in:Geb.-Datum:.....

Diagnose:.....

Medikamente:.....

Geschwister:.....

Andere Bezugspersonen:.....

Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie führten:

.....
.....

Schwangerschaft/Geburt

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

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

Wurde es durch einen Kaiserschnitt entbunden? Ja Nein

Wenn nicht, wann und wie?.....

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

5. Hatte Ihr Baby Schlafprobleme? Ja Nein

6. Haben Sie gestillt? Wie lange?..... Ja Nein

7. Hat Ihr Kind gekuschelt? (Proprio/HWS/Nähe) Ja Nein

Medizinische Aspekte

1. Gibt es Allergien oder chronische Erkrankungen? Ja Nein
2. Liegt eine Hör-oder Sehbehinderung vor? Ja Nein
3. Waren Sie bei Ohr-und Augenarzt bereits? Ja Nein
4. Ist Ihr Kind trocken? (Galantreflex) Ja Nein
5. Hat Ihr Kind Schlafprobleme/ Einschlafen ? Ja Nein

Motorik

1. Ist Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken und zurück gedreht? Ja Nein
2. Ist Ihr Kind gekrabbelt? Alter: Ja Nein
3. Wann konnte Ihr Kind frei sitzen?
4. Wann konnte Ihr Kind frei stehen?
5. Wann konnte Ihr Kind frei laufen?
6. Wann konnte Ihr Kind Fahrrad fahren?
7. Welche Hand benutzt Ihr Kind spontan?
8. Mit welcher Hand malt /schreibt das Kind?
9. Ist Ihr Kind geschickt auf dem Spielplatz? Ja Nein
10. Malt /Schneidet/Bastelt Ihr Kind geschickt? Ja Nein
11. Klettert Ihr Kind in die Höhe? Ja Nein

Wahrnehmung

1. Gleichgewicht

Schaukelt (gerne / ungern
Drehbewegungen (gern / ungern
Klettern (gern / ungern

Springen (gern / ungern
Rutschen (gern / ungern
Balancieren (gut / ungeschickt

2. Hautsinn

Kuscheln (gern / ungern)
Kraft dosieren (gut / schwer)

Matschen (gern / ungern)
Mag angefasst werden (Ja / Nein)

Stimuliert sich selbst/ beißen, kratzen? (Ja / Nein)

3. Propriozeptives System / Tiefensensibilität

Hinfallen (oft O / selten O)

Stoßen (oft O / selten O)

Raufen (oft O / selten O)

Gefahreinschätzung (Ja O / Nein O)

4. Riechen / Schmecken

Wählerisch beim Essen (Ja O / Nein O) Geruchsempfindlich (Ja O / Nein O)

Lehnt Essen mit bestimmten Konsistenzen ab? (Ja O / Nein O)

5. Hören/ Sehen/ Sprache

Häufiges Stolpern (Ja O / Nein O)

Helles Licht blendet (Ja O / Nein O)

Dinge finden in der Menge (Ja O / Nein O)

Reime finden (Ja O / Nein O)

Geräuschempfindlich (Ja O / Nein O)

Melodien nachsingen (Ja O / Nein O)

Auf Ansprache reagieren (Ja O / Nein O)

Spät gesprochen (Ja O / Nein O)

Laute heraushören (p,b/d,t) (Ja O / Nein O)

Auditive Serialität (Ja O / Nein O)

Aussprache / Grammatik

Emotionale Entwicklung

1. Hat Ihr Kind Freunde ?

Ja O Nein O

2. Nimmt Ihr Kind selbstständig Kontakt auf?

Ja O Nein O

3. Welche Rolle nimmt es mit Geschwistern/Freunde ein?

.....

4. Ist Ihr Kind feinfühlig?

Ja O Nein O

5. Streitet Ihr Kind häufig?

Ja O Nein O

6. Reagiert Ihr Kind schnell über?

Ja O Nein O

Spielsituation

1. Spielt Ihr Kind selbstständig? Ja Nein
2. Spielt Ihr Kind lieber alleine? Ja Nein
3. Spielt Ihr Kind lieber mit Gleichaltrigen? Ja Nein
4. Spielt es lieber drinnen oder draußen?
5. Was spielt Ihr Kind am liebsten?
 - Rollenspiele
 - Regelspiele/Gesellschaftsspiele
 - Konstruktionsspiele
 - Malen/Basteln
 - Bewegungsspiele

Selbstständigkeit

1. Körperhygiene Ja Nein
.....
2. An-/Auskleiden Ja Nein
.....
3. Knoten/Schleife binden Ja Nein
4. Alleine Essen und Trinken Ja Nein
5. Tagesrituale kennen (Zähne putzen, ins Bett gehen) Ja Nein

Kindergarten/ Schule

Name der Einrichtung:

Adresse:

Erzieherin/ Lehrer/in

Hat Ihr Kind einen Integrationsstatus? Ja Nein

Probleme/ Schwierigkeiten in der Einrichtung

.....

Rechnen

Lesen

Schriftbild

Rechtschreibung.....

Hausaufgabensituation

Kognitiven Fertigkeiten

- | | | | |
|------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
| Ausdauer im Spiel | (Ja O / Nein O) | Ausdauer beim Lernen | (Ja O / Nein O) |
| Konzentration im Spiel | (Ja O / Nein O) | Konzentration beim Lernen | (Ja O / Nein O) |
| Merkfähigkeit | (Ja O / Nein O) | Ablenkbarkeit | (Ja O / Nein O) |
| Logisches Denken | (Ja O / Nein O) | Aufgaben beenden | (Ja O / Nein O) |
| Raum-Zeit-Organisation | (Ja O / Nein O) | Motivation beim Lernen | (Ja O / Nein O) |
| Frustrationstoleranz | (Ja O / Nein O) | | |

Freizeit

1. Regelmäßige Termine des Kindes

Montag:Dienstag:

Mittwoch:.....Donnerstag:

Freitag:

Therapieziel

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

Was soll sich für Ihr Kind verändern?

.....

.....