

Ergotherapeutischer Anamnesebogen Pädiatrie

Allgemeine Informationen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Kinderarzt: _____

Mutter		Vater	
Name:		Name:	
Geboren:		Geboren:	
Beruf:		Beruf:	
Vollzeit	Teilzeit	Vollzeit	Teilzeit

Geschwister: _____

Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie führten:

Kindergarten/ Schule

Name des Kindergartens _____

Adresse / Ort _____

Erzieher/ in _____

Welche Schwierigkeiten gibt es in der KITA?

Name der Schule _____

Adresse/ Ort _____

Lehrer/ in _____

Welche Schwierigkeit gibt es in der Schule?

Schwangerschaft & Geburt

Gab es Probleme in der Schwangerschaft Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Kam ihr Kind früher oder später als geplant auf die Welt früher später

Wurde es durch einen Kaiserschnitt entbunden? Ja Nein

War ihr Kind unruhig und schrie viel? Ja Nein

Hat ihr Kind gekuschelt? Ja Nein

Medizinische Anamnese

Gibt es Allergien?

Gibt es chronischen Erkrankungen?

Liegt eine Hörschwäche vor? Ja Nein

Liegt eine Sehschwäche vor? Ja Nein

Welche Medikamente müssen regelmäßig genommen werden?

Häufige Verletzungen?

Motorik

Welche Hand benutzt ihr Kind spontan? _____

Mit welcher Hand malt/ schreibt es? _____

Wie ist der Stiftdruck? _____

Wie hält ihr Kind den Stift? _____

Ist ihr Kind geschickt auf dem Spielplatz? _____

Kann ihr Kind sicher Treppensteigen? Ja Nein

Ohne Stützräder Fahrrad fahren? Ja Nein

Zehenspitzenengang Ja Nein

Auf einem Stuhl sitzen unruhig/zappelig ruhig

Körperhaltung schlaff steif

Wahrnehmung

a) Gleichgewicht

Schaukeln	Ja	Nein
Drehbewegungen	Ja	Nein
Springen	Ja	Nein
Einbeinsprung	Ja	Nein
Hampelmannsprung	Ja	Nein
Rutschen	Ja	Nein
Klettern	Ja	Nein
Balancieren	Ja	Nein

b) Taktil

Kuscheln	Ja	Nein
Matschen	Ja	Nein
Barfuß laufen	Ja	Nein
Berührungsempfindlich	Ja	Nein
Schmerzempfindlich	Ja	Nein

c) Tiefensensibilität

Hinfallen (wie oft? / absichtlich hinwerfen?) _____		
Stoßen	Ja	Nein
Rangelieben mit anderen Kindern	Ja	Nein
Gefahreinschätzung	Ja	Nein

d) Hören/ Sehen/ Sprache

Häufiges Stolpern	Ja	Nein
Dinge finden in einer Menge (z.B. Spielsachen)	Ja	Nein
Helles Licht tolerieren	Ja	nein
Auf Ansprache reagieren	Ja	Nein
Früh / Spät gesprochen	Früh	Spät
Probleme mit lauten Geräuschen		

e) Kognitiv

Konzentration/ Aufmerksamkeit _____

Ausdauer _____

Merkfähigkeit _____

Emotionale Entwicklung

Hat ihr Kind Freunde?	Ja	Nein
Nimmt ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern selbstständig auf?	Ja	Nein
Welche Rolle nimmt ihr Kind in einer Gruppe ein?	_____	
Ist ihr Kind feinfällig?	Ja	Nein
Streitet ihr Kind häufig?	Ja	Nein
Reagiert ihr Kind schnell über?	Ja	Nein
Wenn Ja wann oder in welcher Situation?	_____	
Regeln einhalten?	Ja	Nein

Spiel

- Kann ihr Kind selbstständig spielen? Ja Nein
- Spielt es lieber alleine oder mit Freunden? _____
- Spielt ihr Kind mit Gleichaltrigen? Ja Nein
- Spielt es lieber drinnen oder draußen? _____
- Wie viel Zeit verbringt ihr Kind an elektronischen Geräten? _____

- Was spielt es dort? _____

Selbstständigkeit

- Führt ihr Kind Tätigkeiten
der Körperhygiene selbstständig durch? Ja Nein
- _____
- Kleidung anziehen/ ausziehen Ja Nein
- Knoten/ Schleifen binden Ja Nein
- Essen/ Trinken Ja Nein
- Tagesrituale kennen (Zähne putzen, ins Bett gehen) Ja Nein

Freizeit & Hobby

Welche Termine nimmt ihr Kind regelmäßig wahr?

Weitere Therapien:

Interessen des Kindes? _____

Therapieziele in der Ergotherapie (füllt die Therapeutin aus)

1. _____

2. _____

3. _____

Weitere Informationen

