



ERGOTHERAPEUTISCHER ANAMNESEBOGEN - PÄDIATRIE

zur Erhebung der Vorgeschichte des Kindes (für Eltern)

Wenn Sie bereits einen Termin vereinbart haben, drucken Sie bitte den Anamnesebogen aus und füllen diesen in Ruhe zu Hause aus. Ihre Angaben werden ausschließlich praxisintern vertraulich und nach Datenschutzrichtlinien behandelt. Die Angaben im Fragebogen sind Bestandteil der Befunderhebung. Bringen Sie den Anamnesebogen ausgefüllt zum ersten Termin mit.

Allgemeine Informationen

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Anschrift (Straße, Hausnummer):

PLZ, Ort:

Name, Vorname, Beruf der Mutter:

Name, Vorname, Beruf des Vaters:

Geschwister:

Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie führten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Schwangerschaft & Geburt

Gab es Probleme in der Schwangerschaft?

(Stress, Infektionen, vorzeitige Wehen) Wenn ja, welche?

☐ Ja

☐ Nein

Wurde Ihr Kind früher oder später als geplant geboren?

☐ Ja

☐ Nein

Wurde es durch einen Kaiserschnitt entbunden?

☐ Ja

☐ Nein

Gibt es Komplikationen? Wenn Ja, welche?

☐ Ja

☐ Nein

War ihr Baby unruhig und schrie viel, oder war es
sehr pflegeleicht? Was trifft zu?

☐ Ja

☐ Nein

Hatte ihr Baby Schlafprobleme?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie gestillt? Wie lange?

☐ Ja

☐ Nein

Hat ihr Kind gekuschelt oder kuschelt gerne?

☐ Ja

☐ Nein

Medizinische Daten

Diagnose (laut Verordnung)

Gibt es Allergien oder chronische Erkrankungen?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine Hörschwäche vor?

☐ Ja

☐ Nein

Liegt eine Sehschwäche vor?

☐ Ja

☐ Nein

Welche Medikamente müssen regelmäßig genommen werden?

Hat Ihr Kind Schlaf- oder Einschlafprobleme?

☐ Ja

☐ Nein

Weitere Therapien (aktuell und abgeschlossene)



Motorik

Hat sich ihr Kind vom Bauch auf den Rücken und zurück gedreht? ☐ Ja ☐ Nein

In welchem Alter?

Hat ihr Kind gekrabbelt? ☐ Ja ☐ Nein

Wie lange?

Wann konnte Ihr Kind frei sitzen?

Wann konnte Ihr Kind frei stehen?

Wann konnte Ihr Kind frei laufen?

Wann konnte Ihr Kind im Wechselschritt Treppe steigen?

Wann konnte Ihr Kind ohne Stützräder Fahrrad fahren?

Welche Hand benutzt ihr Kind spontan? ☐ Links ☐ rechts

Mit welcher Hand malt / schreibt es? ☐ Links ☐ rechts

Ist ihr Kind geschickt auf dem Spielplatz? ☐ Ja ☐ Nein

Ist ihr Kind geschickt beim Schneiden / Malen / Basteln? ☐ Ja ☐ Nein

Klettert ihr Kind in die Höhe? ☐ Ja ☐ Nein

Wahrnehmung

➤ Fertigkeiten der grob- und feinmotorischen Koordination

	1	2	3	4	5	6	Bemerkungen
Schaukeln (gerne? viel?)							
Drehbewegungen (gerne? viel?)							
Springen (gerne? viel?)							
Rutschen (gerne? viel?)							
Klettern (gerne? viel?)							
Kuscheln (gerne? viel?)							
Matschen (gerne? viel?)							
Kraft Dosierung (gut? Wechselnd)							
Schwimmen							
Fahrrad fahren							
Ball fangen und werfen							
Stillsitzen							
Aufrecht sitzen							
Sich sicher und geschickt bewegen							
Sich in angemessenem Tempo bewegen							



Zügig schreiben
Formklar und lesbar schreiben
Auf der Linie schreiben
Beim Malen Linien einhalten

1	2	3	4	5	6	Bemerkungen

Sich stimulieren (sich beißen/ kratzen?)

☐ Ja

☐ Nein

➤ **Tiefensensibilität**

Hinfallen (wie oft? absichtlich hinwerfen?)

Stoßen (sich und andere?)

Stolpern

Rangleien mit anderen Kindern

Gefahreinschätzung

➤ **Hören / Sehen / Sprache**

Häufiges Stolpern

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

Helles Licht tolerieren

Laute Geräusche tolerieren
(z.B. Staubsauger)

Melodien nachsingen können

Auf Ansprache reagieren

Früh / spät gesprochen

1	2	3	4	5	6	Bemerkungen

➤ **Kognitive Fähigkeiten**

Aufmerksamkeit bei selbst gewählten
Aktivitäten
Aufmerksamkeit bei geforderten
Aktivitäten

Ablenkbarkeit

Sprachverständnis

Sich mitteilen

Anweisungen umsetzen

Planvoll handeln

Sorgfältig und genau arbeiten

Arbeitstempo

Lerntempo

1	2	3	4	5	6	Bemerkungen

Emotionale Entwicklung /Spiel

Hat ihr Kind Freunde? (fest, wechselnd?) ☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind einen festen Freund? ☐ Ja ☐ Nein

Nimmt ihr Kind Kontakt zu anderen Kindern selbständig auf? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Rolle nimmt ihr Kind mit den Geschwistern ein?

Streitet ihr Kind häufig? ☐ Ja ☐ Nein

Frustrationstoleranz

Umgang mit Regeln

Selbstwertgefühl

Kreativität

Basteln / werken

1	2	3	4	5	6	Bemerkungen

Neigt ihr Kind oft zur Überreaktion? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, in welchen Situationen?

Kann ihr Kind selbständig spielen? ☐ Ja ☐ Nein

Spielt es lieber allein oder mit Freunden? ☐ allein ☐ mit Freunden

Spielt ihr Kind mit Gleichaltrigen? ☐ Ja ☐ Nein

Wo spielt ihr Kind lieber? ☐ drinnen ☐ draußen

Selbständigkeit

Führt ihr Kind Tätigkeiten der Körperhygiene selbständig durch? ☐ Ja ☐ Nein

Selbständig Kleidung/ Schuhe anziehen und ausziehen ☐ Ja ☐ Nein

Knoten/ Schleife binden ☐ Ja ☐ Nein

Trinken aus dem Becher ☐ Ja ☐ Nein

Tagesrituale kennen (Zähne putzen, ins Bett gehen) ☐ Ja ☐ Nein

Hausaufgaben machen ☐ Ja ☐ Nein

Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen? ☐ Ja ☐ Nein

Womit: Wie lange:

.....



Freizeit

Welche Termine nimmt Ihr Kind regelmäßig wahr? (bitte Wochentage eintragen)

- | | |
|--|---|
| ☐ Sportverein | ☐ Schulangebote |
| ☐ Nachhilfe | ☐ andere Therapien |
| ☐ Sonstiges: | ☐ Musikunterricht |

Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum?

Zeit:min/täglich

- ☐ TV ☐ PC ☐ Handy ☐ sonstiges

Kindergarten / Schule

Name des Kindergartens

Adresse / Ort

Erzieher / -in

Welche Schwierigkeiten gibt es in der Kita?

.....

.....

.....

Name der Schule

Adresse / Ort

Lehrer /-in

Welche Schwierigkeiten gibt es in der Schule

.....

.....

.....

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult /kam in den Kindergarten?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule bzw. Kindergarten?

☐ Ja

☐ Nein

Wie ist das Kind in der Schule / Kindergarten integriert?

☐ gut

☐ nicht gut

☐ hat feste Freunde

Wie gut hält sich das Kind an die Klassen- /Gruppenregeln?

☐ gut

☐ nicht gut

Gründe aus Ihrer Sicht:

.....

.....



Entbindung der Schweigepflicht

Zur Durchführung der Therapie aufgrund der Verordnung vom _____

und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich _____

Erziehungsberechtigten (beim Kind),
bzw. gesetzlichen Vertreters

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, Ort)

die von mir oben namentlich benannten Personen /Stellen und **Ergotherapiepraxis Regensburg** (Prüfeninger Str. 106, 93049 Regensburg) untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Personen / Stellen Daten untereinander austauschen.

Name der Personen (z.B. Ärzte, Lehrer, Erzieher, Therapeuten) / Stellen, Anschrift

Die Schweigepflichtentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumente und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben.

Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der rechts genannten Praxis zu erfolgen.

Regensburg, den _____

Unterschrift des Sorgeberechtigten / gesetzlichen Vertreters

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!