

# Fragebogen für Eltern – mit Ergotherapie-Zielen

Dieser Fragebogen hilft uns, individuelle Therapieansätze für Ihr Kind auszuwählen und gezielt auf die Bedürfnisse Ihres Kindes einzugehen. Eine Antwort in Stichpunkten reicht völlig. Gerne können Sie auch ausführlicher antworten.

## 1. Persönliche Angaben

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Name des Kindes                   |  |
| Vorname des Kindes                |  |
| Geburtsdatum                      |  |
| Straße, Hausnummer                |  |
| PLZ                               |  |
| Wohnort                           |  |
| Namen der Eltern / Bezugspersonen |  |
| Telefon privat                    |  |
| Telefon mobil                     |  |
| E-Mail Adresse                    |  |
| Versicherung                      |  |

**Bitte geben Sie nachfolgend an, an welchen Tagen und Uhrzeiten die Therapie stattfinden kann** (Wartezeit ca. 6-12 Monate bei voller Flexibilität, sollten Sie Termine jenseits der 12 Uhr wünschen beträgt die Wartezeit ca. 2 Jahre):

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|--------|----------|----------|------------|---------|
|        |          |          |            |         |

## 2. Medizinische Angaben

- **Verordnender Arzt / Therapeut:**
- **Diagnose(n) (laut aktueller Verordnung):**
- **Medikamente und/oder Hilfsmittel:**
- **Bisherige Therapien und Behandlungen (inkl. Beginn und Dauer):**
- **Frühere Untersuchungen (z. B. Augen-, HNO- oder neurologische Untersuchungen):**

### 3. Wie kommt ihr Kind im Alltag zurecht?

#### A. Körper und Bewegung

##### 1. Bewegung:

- Wie gut kann sich Ihr Kind bewegen? (z. B. beim Laufen, Springen, Balancieren)
- Wo bemerken Sie Schwierigkeiten und Stärken im Alltag?
- **Erläuterung:** Haben Sie Besonderheiten, Schwächen oder Stärken bemerkt?

##### 2. Sehen und Hören:

- Wie gut sieht und hört Ihr Kind?
- Wo bemerken Sie Schwierigkeiten und Stärken im Alltag?
- **Erläuterung:** Gibt es Auffälligkeiten, z. B. muss Ihr Kind eine Brille tragen?

##### 3. Denken und Sprechen:

- Wie schätzen Sie die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit Ihres Kindes ein?
- Wo bemerken Sie Schwierigkeiten und Stärken im Alltag?
- **Erläuterung:** Können Sie Beispiele oder Beobachtungen nennen?

#### B. Alltag und Schule

##### 1. Selbstversorgung:

- Wie gut meistert Ihr Kind Aufgaben wie Ankleiden, Waschen, Essen und den Gang zur Toilette?
- **Erläuterung:** Wo gibt es Schwierigkeiten oder besondere Stärken?

##### 2. Schule/Kindergarten und Freunde:

- Wie gut kommt Ihr Kind in der Schule oder im Kindergarten an? Wie geht es mit anderen Kindern um?
- **Erläuterung:** Haben Sie besondere Beobachtungen (z. B. Probleme mit Freundschaften)?

### 3. Freizeit:

- Wie aktiv ist Ihr Kind in der Freizeit (z. B. beim Spielen, Sport, kreativen Tätigkeiten)?
- **Erläuterung:** Welche Aktivitäten mag Ihr Kind besonders?

## C. Umfeld und Unterstützung

### 1. Hilfreiche Einflüsse:

- Wer oder was in der Familie, Schule oder im Freundeskreis unterstützt Ihr Kind?  
(z. B. liebevolle Betreuung, gute Lehrer, Schulbegleiter oder Integrationshelfer)

### 2. Hindernisse im Umfeld:

- Gibt es Dinge, die Ihrem Kind das tägliche Leben erschweren?  
(z. B. fehlende Unterstützung, unzureichende Angebote)
- **Erläuterung:** Bitte kurz beschreiben.

## D. Stärken und Herausforderungen

### ● Stärken und Interessen:

- Was kann Ihr Kind besonders gut? Was macht Ihr Kind gerne und womit beschäftigt es sich gerne?

### ● Herausforderungen:

- Wo hat Ihr Kind Schwierigkeiten und braucht Unterstützung?

## 4. Was Sie sich von der Ergotherapie wünschen

### 1. Veränderungen im Alltag:

- Was soll sich in der Selbstversorgung und im täglichen Leben Ihres Kindes verbessern?  
(z. B. besseres Ankleiden, sicheres Laufen)

### 2. Veränderungen in Schule/Kindergarten:

- Wie soll sich das Verhalten oder die Integration Ihres Kindes verändern?  
(z. B. mehr Aufmerksamkeit, bessere Zusammenarbeit mit anderen Kindern)

### 3. Langfristige Ziele:

- Welche Ziele wünschen Sie sich für die Zukunft Ihres Kindes?  
(z. B. mehr Selbstvertrauen, Unabhängigkeit)

### 4. Weitere Wünsche:

- Haben Sie spezielle Erwartungen an die Therapie oder das Team?
- **Erläuterung:** Bitte konkretisieren Sie Ihre Vorstellungen.

## 5. Weitere Anmerkungen

- Möchten Sie noch etwas hinzufügen?
- Haben Sie Fragen oder weitere Beobachtungen, die uns helfen können?

---

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihr Kind erst nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens auf die Warteliste setzen können. Daher bitten wir um zeitnahe Rücksendung entweder per Post oder via Email an: [schnabel-ergotherapie@web.de](mailto:schnabel-ergotherapie@web.de)**

**Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Angaben!**