

Liebe Patienten, bitte füllen Sie diesen Bogen leserlich und in DRUCKBUCHSTABEN aus.
Kommen Sie bitte wenn möglich ohne Ihr Kind zum ersten Termin.

Elternfragebogen Ergotherapie

Datum: _____

Name des Kindes	
Geburtsdatum	
Adresse	
Name der Eltern	
E-Mail / Telefonnummer	
Beruf der Eltern	
Name und Alter der Geschwister	
Kinderarzt bzw. Hausarzt	
Diagnose	

Wahrnehmung

Ist Ihr Kind geräuschempfindlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Kann es sich auf etwas konzentrieren, auch bei Geräuschen in der Nähe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Kann Ihr Kind scheinbar schlecht hören?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Hat Ihr Kind bekannte Probleme beim Hören?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Hatte Ihr Kind häufige Mittelohrentzündungen?			
Bemerkungen			

Kann Ihr Kind Farben und Formen unterscheiden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Zwinkert oder blinzelt es oft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Trägt es eine Brille/ hat es einen bekannten Sehfehler?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Schaut Ihr Kind regelmäßig Fern?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Wenn ja, wie lange etwa pro Tag?			
Benutzt es regelmäÙig Videospiele/ Tablet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Wenn ja, wie lange etwa pro Tag?			
Bemerkungen			
Schreit Ihr Kind beim Haare oder Gesicht waschen oder Nägel schneiden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Stört es Ihr Kind, barfuß z.B. Über Sand oder Gras zu gehen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal

Stört es Ihr Kind, schmutzig zu werden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Arbeitet Ihr Kind ungern mit Fingerfarbe, Kleister, Matsch?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Bemerkungen			

Geht Ihrem Kind häufig etwas kaputt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Ist es tollpatschig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Läuft es zeitweise auf Zehenspitzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Kleckert oder verschüttet es viel?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Bemerkungen			

Ist Ihr Kind viel in Bewegung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Fällt Ihr Kind häufig hin?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Vermeidet es Spiele, die das Gleichgewichtssystem ansprechen, z.B. Schaukeln, Karussellfahren?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Hat Ihr Kind Mühe, die Balance zu halten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Wird Ihrem Kind nach den oben genannten Situationen schnell übel?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Bemerkungen			

Ist das Hüpfen auf einem Bein möglich?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Wirkt das Hüpfen schwerfällig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Stützt sich Ihr Kind schnell ab, wenn es hinfällt?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Bemerkungen			

Kindergartenfertigkeiten

Zeigt Ihr Kind Schwierigkeiten			
- beim Schneiden mit der Schere?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
- beim Spiel mit kleinsten Teilen oder Spielzeugen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
- einen Stift in der richtigen Stifthaltung zu gebrauchen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Bastelt Ihr Kind ungern?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Händigkeit?	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> wechselnd

Bemerkungen	
-------------	--

Schule

Hat Ihr Kind Mühe beim Schreiben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Hat Ihr Kind Mühe, die Linien einzuhalten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Fällt es ihm schwer, von der Tafel abzuschreiben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Verdreht es Ziffern und Buchstaben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Hat es Mühe zu lesen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Hat es Mühe beim Rechnen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
Fällt ihm das Turnen schwer?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal

Verhalten/ Selbstständigkeit/ Umfeld

wie verhält sich Ihr Kind			
meistens ruhig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
meistens aktiv	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
wird rasch müde	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
redet unaufhörlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
leicht erregbar, impulsiv	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
kann Gefahren nicht einschätzen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
kurze Konzentrationsspanne	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
nässt ein (tagsüber/ nachts)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
hat Mühe, neue Aufgaben zu erlernen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
hat Mühe, Regeln einzuhalten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal
kann mit Misserfolgen schlecht umgehen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> manchmal

Wie ist der Freundeskreis Ihres Kindes?	<input type="radio"/> älter <input type="radio"/> jünger <input type="radio"/> gleichaltrig <input type="radio"/> außerhalb der Kita/ Schule
Wie sieht das Zusammenspiel aus?	
Wie selbstständig ist Ihr Kind? (an- und ausziehen, essen, waschen...)	

Welches sind die Lieblingsspiele, -spielzeuge und -beschäftigungen?	
Welches sind die Stärken Ihres Kindes?	
Merkt Ihr Kind, dass es etwas schlechter kann, oder fühlt es sich anders?	

Wo liegen in Ihren Augen die Hauptprobleme Ihres Kindes?	
--	--

Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an unsere Praxis?	
--	--

Schweigepflicht

Unsere Praxis möchte qualitativ eine bestmögliche Therapie durchführen. Dazu ist in manchen Fällen die interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich. Ein Austausch oder eine Beratung findet in diesen Fällen mit Bezugspersonen aus verschiedenen Einrichtungen, Institutionen oder auch anderen Heilmittelerbringern oder Therapeuten statt.

Ziel hierbei ist eine bessere Behandlung, ein verständnisvoller Umgang und natürlich das schnellere Erreichen von Therapieerfolgen.

Hierfür benötigen wir von Ihnen eine Entbindung von der Schweigepflicht für die entsprechenden Personengruppen.

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

<input type="checkbox"/> Angehörige	(Name)
<input type="checkbox"/> Lehrer/ Erzieher	(Name)
<input type="checkbox"/> Pflegepersonal	(Name)
<input type="checkbox"/> Ärzte	(Name)
<input type="checkbox"/> Logopäden	(Name)
<input type="checkbox"/> Physiotherapeuten	(Name)
<input type="checkbox"/>	(Name)

Terminabsagen

Termine, welche nicht wahrgenommen werden können, müssen mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls sind wir berechtigt, die versäumte Therapieeinheit privat in Rechnung zu stellen.

Nicht abgesagte oder zu spät abgesagte Termine werden zum Kassensatz privat in Rechnung gestellt.

Gültige Verordnung für Ergotherapie

Die Therapie findet nur mit gültiger Verordnung statt. Sollte diese nicht vorliegen, wird die Behandlung privat in Rechnung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift