Praxis für Ergotherapie Uta Muche
Obere Hauptstraße 25
09228 Chemnitz / Wittgensdorf

Telefon: 037200 / 81070
Fax: 037200 / 82728
www.ergotherapie-muche.de

ELTERNFRAGEBOGEN

Liebe Eltern,
zur besseren Planung ergotherapeutischer Maßnahmen möchten wir Sie im Vorfeld bitten, die folgenden Fragen zu beantworten bzw. Zutreffendes anzukreuzen.
Sollten Unklarheiten bestehen, lassen Sie die Felder einfach frei.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Persönliche Daten		
Kind	**Mutter**	**Vater**
Name:	Name:	Name:
Vorname:	Vorname:	Vorname:
Geboren:	Alter:	Alter:
	Beruf:	Beruf:
Adresse:	☐Vollzeit ☐Teilzeit	☐Vollzeit ☐Teilzeit
	Beziehungsstatus: ☐ zusammenlebend ☐ getrennt ☐alleinerziehend	
Telefonnummern:	Sorgerecht: ☐ gemeinsam ☐ Vater ☐ Mutter	
Email:	Sonstige Bezugspersonen:	
Kita / Schule (inkl. Kontaktperson)	Weitere Kinder (Name / Alter):	

Medizinische Daten	
Verordnender Arzt:	
Diagnose lt. Verordnung:	
Medikamente:	☐ Brillenträger ☐ Hörgerät(e)
Bisherige Therapien (Was?/ Wann?/ Bei wem?)	
Voruntersuchungen: ☐ Augenarzt ☐ HNO/Pädaudiologe/ APZ ☐ SPZ ☐ Schulpsychologe ☐_____	
Berichte / Untersuchungsergebnisse: (bitte Kopie mitbringen, wenn vorhanden)	

Situationsbeschreibung
Gründe für die Vorstellung zur Ergotherapie:
Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen:
Stärken des Kindes / Interessen:
Ziele und Erwartungen an die Ergotherapie:

Entwicklung

Schwangerschaftsverlauf: ☐ unproblematisch ☐ problematisch, weil …
Geburt: in Schwangerschaftswoche_____ ☐ unproblematisch ☐ problematisch, weil …
Neugeborenenzeit: ☐ unproblematisch ☐ problematisch, weil …
Kleinkindalter: ☐ unproblematisch ☐ problematisch, weil …
Kindergartenbesuch: ☐ nein ☐ ja, von _____ bis_____ Betreuungszeit: ___ h Händigkeit: ☐ links ☐ rechts ☐ unklar Besonderheiten:

Schule	
Die Einschulung erfolgte mit ___ Jahren. Geht Ihr Kind gerne in die Schule? ☐ ja ☐ nein Hat Ihr Kind Freunde in der Klasse? ☐ ja ☐ nein Wie sind die Leistungen Ihres Kindes? (bitte Zeugniskopie/ Arbeiten mitbringen, wenn vorhanden)	
	Mathe:
	Deutsch:
	Schrift:
	Sozialverhalten:
	Arbeitsverhalten:
	Hausaufgabensituation: ☐ unproblematisch ☐ problematisch, weil
	Weiteres:
Gab es einen Schulwechsel? ☐ nein ☐ ja, weil… Wurde eine Klasse wiederholt? ☐ nein ☐ ja, weil…	

Spiel- und Freizeitverhalten
Was spielt Ihr Kind gerne drinnen?
Was spielt Ihr Kind gerne draußen?
Spielt es gern mit Freunden? ☐ nein ☐ ja
Spielt es gern allein? ☐ nein ☐ ja, womit? …
Medienkonsum: ☐ TV ☐ Computer/Playstation ☐Gameboy/ Handy , wenn ja Zeit: ____ min./ täglich
Sonstiges (Sport/ Vereine):

Für das bessere Kennenlernen und die Therapieplanung, wäre es schön, wenn Sie uns annähernd den Wochen- und einen Tagesplan (beispielhaft) des Kindes ausfüllen.

Wöchentliche Termine des Kindes							
Uhrzeit	**MONTAG**	**DIENSTAG**	**MITTWOCH**	**DONNERSTAG**	**FREITAG**	**SAMSTAG**	**SONNTAG**

Beispiel eines Tagesablaufes des Kindes	
Uhrzeit	**Aktivität**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!