

Elternfragebogen

(Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weitergegeben)

Allgemeines

Name: _____ Geburtstag: _____

Schule/Kita: _____

Mutter: _____ Alter: _____ Beruf: _____

Vater: _____ Alter: _____ Beruf: _____

Geschwister (und deren Alter): _____

Familiäre Situation (allein erziehend, Patchworkfamilie, enge Bezugspersonen...)

Sind bereits Voruntersuchungen gemacht worden (wenn ja, welche)?

Erhielt Ihr Kind schon einmal Ergotherapie oder (aktuell) andere Therapien

(wenn ja, wann, wie lange und was wird/wurde behandelt)?

Hat Ihr Kind eine Krankheit, Allergien, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen oder

Behinderungen (wenn ja bitte genaue Angaben, auch zu Medikamenten, Therapien, Hilfsmitteln...)?

Wurden bereits Hör- oder Sehtests durchgeführt (wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis)?

Gab es Krankenhausaufenthalte (wenn ja, wann, weshalb und wie lange)?

Entwicklungsgeschichte

Wie war der Schwangerschaftsverlauf?

- unproblematisch
 problematisch Gründe: _____

Wurden während der Schwangerschaft Nikotin, Drogen oder Alkohol konsumiert?

- nein
 ja wieviel: _____

Wie war die Geburt Ihres Kindes?

- Wievielte Schwangerschaftswoche: _____
 unproblematisch
 problematisch Gründe: _____

Geburtsgewicht: _____ Kopfumfang: _____ Größe: _____

Gab es irgendwelche Besonderheiten bei Ihrem Baby nach der Geburt?

(z.B. Schreibaby, Anpassungsstörungen, Verformungen des Schädels, Hüftanomalien, Blaufärbung, Neugeborenenengelbsucht, Intensivpflege, Beatmung, Sondenernährung, Wärmebett,...)

Wann konnte Ihr Kind:

sich drehen mit _____	Monaten	laufen mit _____	Monaten
frei sitzen mit _____	Monaten	sprechen mit _____	Monaten
krabbeln mit _____	Monaten	Treppen steigen mit _____	Jahren
stehen mit _____	Monaten	Fahrrad fahren mit _____	Jahren

Wann war Ihr Kind trocken?

tagsüber mit _____ Monaten
nachts mit _____ Monaten

Wie war die Sprachentwicklung Ihres Kindes?

Fähigkeiten und Fertigkeiten Ihres Kindes

Bewertung: 0 = unproblematisch 1 = Problem leicht ausgeprägt 2 = Problem mäßig ausgeprägt
 3 = Problem erheblich ausgeprägt 4 = Problem voll ausgeprägt

Aktivitäten der alltäglichen Routine	0	1	2	3	4	Bemerkungen
Aufstehen						
Waschen/Zähne putzen						
Toilettengang						
An- / Ausziehen						
Schleife binden						
Essen / Umgang mit Besteck						
Sich selbst ein Brot schmieren						
Fertigmachen für KITA/Schule						
Wege bewältigen						
Ankommen / Verabschieden						
Erledigung fremdbestimmter Aufgaben (z.B. durch Erzieher)						
Erledigung von Hausaufgaben						
Alleine spielen						Wie lange? :
Mit Anderen spielen						
Aktivitäten mit Kindern						
Aktivitäten mit Erwachsenen						
Zu Bett gehen						

Grob- und Feinmotorik	0	1	2	3	4	Bemerkungen
Sich sicher und geschickt bewegen						
Sich in angemessenem Tempo bewegen						
Sich ausdauernd bewegen						
Bewegungen nachahmen können						
Kraft gut anpassen						
Ball fangen und werfen						
Klettern						
Schaukeln / Lageveränderungen						
Roller fahren						
Fahrrad fahren						
Schwimmen						
Türen auf- / zuschließen						
Schraubverschlüsse öffnen / schließen						
Still sitzen						
Aufrecht sitzen						
Eindeutige Rechts- /Linkshändigkeit						
Geschickt Stift halten und führen						
Altersentsprechend malen						
Begrenzungslinien beim Malen / Schreiben einhalten						
Auf einer Linie schneiden						
Formklar und lesbar schreiben						
Zügig schreiben						

Kognitive Funktionen	0	1	2	3	4	Bemerkungen
Aufmerksamkeit bei selbstgewählten Aktivitäten						
Aufmerksamkeit bei geforderten Aktivitäten						
Bei der Sache bleiben und sich nicht ablenken lassen						
Sprachverständnis						
Sich mitteilen						
Aufgaben verstehen / Anweisungen umsetzen						
Merkfähigkeit						
Planvoll handeln						
Sorgfältig und genau arbeiten						
Arbeitstempo						
Umgang mit Problemen						
Kreativität						
Lerntempo						
Konstruktions- / Puzzlespiele						

Emotionale und sozioemotionale Funktionen	0	1	2	3	4	Bemerkungen
Situationsgerechtes Verhalten / Verhaltensanpassung						
Wutanfälle / Trotzverhalten						
Situationsgerechte Gefühlsäußerungen						
Kontaktverhalten zu Kindern						
Kontaktverhalten zu Erwachsenen						
Kommunikation mit Kindern						
Kommunikation mit Erwachsenen						
Umgang mit Regeln / Grenzen akzeptieren						
Verhalten bei Problemen oder Misserfolgen						
Selbstwertgefühl						
Leistungsbereitschaft / Antrieb						

Hautsinn / Tiefensensibilität	0	1	2	3	4	Bemerkungen
Haare waschen / Nägel schneiden/ Eincremen						
Sich selbst kneifen / kratzen / beißen						
Andere kneifen / kratzen / beißen						
Schmerzempfindlichkeit						
Berührungen zulassen						
Mit Händen erkunden / matschen						
Schmusen / angemessener Körperkontakt						
häufiges Fallen, Stolpern, Stoßen						
Gefahreinschätzung						

Über unser Kind und unsere Ziele und Erwartungen

Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?

Was sind Stärken Ihres Kindes? Was kann es gut? Was schätzen Sie und andere besonders an ihm?

Wofür interessiert sich Ihr Kind? Was macht es gerne in seiner Freizeit? Womit spielt es gerne?

Schildern Sie bitte kurz die Gründe der jetzigen Vorstellung Ihres Kindes bei uns.

Worüber machen Sie sich am meisten Sorgen?

Haben Sie eine Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen?

Was erhoffen Sie sich von der Ergotherapie? Was soll sich aus Ihrer Sicht bzw. Sicht der Kita/Schule verändern? Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie?

Kindergarten

Geht oder ging Ihr Kind in den Kindergarten?

- besucht keine KITA
- besuchte die KITA von _____ bis _____
- besucht die KITA seit _____

Ging bzw. geht Ihr Kind gern in den Kindergarten?

- gern
- nicht gern, weil

Wie war oder ist Ihr Kind in die Kindergruppe integriert?

- gut
- nicht gut
- hat feste Freunde in der KITA

Was klappt(e) im Kindergarten bei und mit Ihrem Kind besonders gut?

Was klappt(e) im Kindergarten bei und mit Ihrem Kind nicht so gut?

Schule

Wann wurde oder wird Ihr Kind eingeschult? In welche Klasse geht es aktuell?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

gern nicht gern, weil _____

Wie ist das Kind in die Klasse integriert?

gut nicht gut hat feste Freunde in der Klasse / in der Schule

Wie sind die Leistungen Ihres Kindes?

Rechnen: gut mittel schlecht

Schreiben: gut mittel schlecht

Lesen: gut mittel schlecht

Sport: gut mittel schlecht

Fremdsprache: gut mittel schlecht

Sachkunde: gut mittel schlecht

Wie ist die Beteiligung des Kindes im Unterricht?

gut nicht gut

Gründe aus Ihrer Sicht: _____

Wie ist die Pausensituation?

gut problematisch

Gründe aus Ihrer Sicht: _____

Wie ist die Hausaufgabensituation?

unproblematisch problematisch, weil _____

Was klappt bei oder mit Ihrem Kind in der Schule gut?

Was klappt bei oder mit Ihrem Kind in der Schule nicht so gut?

Kontakt Daten KITA/Schule und Schweigepflichtentbindung

Name und Adresse KITA

Gruppe und Name des/der ErzieherIn + Telefonnummer und eventuell Sprechzeiten

Name und Adresse der Schule

Klasse und Name des/der LehrerIn + Telefonnummer und eventuell Sprechzeiten

Schweigepflichtentbindung

Hiermit willige ich ein, dass die behandelnde Ergotherapeutin _____ der Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Personen aus dem therapeutischen, ärztlichen, sowie pädagogischen Bereich, entbunden ist.

Namentlich sind dies:

Einverständniserklärung zur Videoarbeit während der Therapie

Liebe Eltern! Wir arbeiten in unserer Praxis nach videogestützten Therapiekonzepten. Dafür benötigen wir im Folgenden Ihr Einverständnis.

Ich _____ (Name der Mutter/des Vaters), bin damit **einverstanden / nicht einverstanden**, dass während der Therapie Videoaufzeichnungen mit meinem Kind _____ gemacht werden.

Ich bin **einverstanden / nicht einverstanden**, dass Videoausschnitte zu praxisinternen Fortbildungszwecken gezeigt werden dürfen. Ich bin **einverstanden / nicht einverstanden**, dass Videoausschnitte in denen die Arbeitsprinzipien des IntraActPlus-Konzeptes deutlich werden, von Frau Dr. Nantke, Herrn Dr. Fritz Jansen und Frau Dipl. Psych. Uta Streit, zu Weiterbildungszwecken gezeigt werden dürfen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____