

Anamnesefragebogen Pädiatrie

Name, Vorname des Kindes: _____

evtl. abweichender Name der Eltern: _____

Geburtsdatum / Alter: _____

Adresse: _____

Telefon privat: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Zuzahlung befreit nicht befreit

Kinderarzt: _____

Überweisender Arzt: _____

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges: _____

Anzahl pro Woche: _____ Hausbesuch ja nein

Warum kommen Sie zu uns? Welche Probleme im Alltag/Kita/Schule bestehen?

Zielformulierung

Was soll sich durch die Ergotherapie verbessern?

Was sind Ihre konkreten Vorstellungen, Wünsche?

Sozialanamnese

Familie/Geschwister: _____

Rolle bei Geschwistern: _____

Schule / Kindergarten: _____

Integrationsstatus ja nein

Adresse u. Telefonnummer der Schule/Einrichtung: _____

Name Erzieher/Klassenlehrer: _____

Wird ihr Kind mehrsprachig erzogen? Muttersprache: _____

Welche Sprache wird zu Hause vermehrt gesprochen? _____

Bisherige Therapien, Reha Aufenthalte: _____

Habt ihr Kind zurzeit noch andere parallel stattfindende Therapien?

Physiotherapie Logopädie Psychotherapie _____

Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft und Geburt (Probleme, Besonderheiten etc.)

Schwangerschaft: _____

Geburt: _____

Größe und Gewicht des Kindes: _____

APGAR: _____

Wie war ihr Baby allgemein? (Schrie viel, pflegeleicht, Schlafprobleme) _____

Motorik / Frühkindliche Entwicklung

Drehen: _____

Robben / Krabbeln: _____

Sitzen: _____

Laufen: _____

Treppe steigen: _____

Fahrrad / Roller etc. fahren: _____

Welche Hand nutzt ihr Kind spontan: _____

Mit welcher Hand malt/schreibt ihr Kind? _____

Schneiden: _____

Wann hat ihr Kind ungefähr gesprochen? _____

Sozialkompetenz

Freunde fest wechselnd jünger, älter, gleichaltrig

Beschreiben Sie das Spiel und Sozialverhalten Ihres Kindes (eher allein, dominant, zieht sich zurück, nimmt selbst Kontakt auf etc.)

Medizinische Aspekte

bes. Kinderkrankheiten/Krankheiten: _____

Krankenhausaufenthalte: _____

Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten/Intoleranzen: _____

Hör- oder Seheinschränkungen/-behinderung: _____

Wenn ja, entsprechende Hilfsmittel? (Brille, Hörgerät etc.) _____

Medikamente (Was? Wie oft?): _____

Wann war ihr Kind trocken? _____

Einnässen/Einkoten: _____

Schlafprobleme/Einschlafprobleme: _____

Vorhandensein von Tics (Blinzeln, Schnalzen, Pfeifen etc.) ja nein _____

Leidet ihr Kind an folgenden Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Erkrankungen an den Atmungsorganen (Asthma bronchiale, Bronchitis) _____

Im urogenitalen Bereich (Einnässen etc.) _____

Hauterkrankungen (Schuppenflechte, Neurodermitis etc.) _____

Neurologischen Erkrankungen (Tremor, Epilepsie, Tics etc.) _____

Zahn- bzw. Kiefererkrankungen (Kreidezähne, Karies etc.) _____

Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Zöliakie) _____

Erkrankungen am Verdauungstrakt (Gallensteine, Durchfall, Verstopfungen etc.) _____

Skelettsystem (Osteoporose, Arthrose etc.) _____

Herz-/Kreislaufkrankungen (Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen etc.) _____

Wahrnehmung

Gleichgewicht	Schaukeln	<input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht gerne <input type="radio"/> vermeidet
	Drehbewegungen	<input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht gerne <input type="radio"/> vermeidet
	Springen	<input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht gerne <input type="radio"/> vermeidet
	Rutschen	<input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht gerne <input type="radio"/> vermeidet
	Klettern (auch in die Höhe)	<input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht gerne <input type="radio"/> vermeidet
Tastsinn	Kuscheln	<input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht gerne <input type="radio"/> vermeidet
	Matschen	<input type="radio"/> gerne <input type="radio"/> nicht gerne <input type="radio"/> vermeidet
	Kraft dosieren	<input type="radio"/> gut <input type="radio"/> wechselnd <input type="radio"/> zu stark
	Sich anfassen lassen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> _____
	Selbst stimulieren	<input type="radio"/> Kratzen <input type="radio"/> Beißen <input type="radio"/> Hauen
Tiefensensibilität (sich selbst spüren)	Hinfallen	<input type="radio"/> oft <input type="radio"/> absichtlich <input type="radio"/> normal
	Stoßen	<input type="radio"/> oft <input type="radio"/> absichtlich <input type="radio"/> normal
	Rängeleien mit anderen	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Gefahreinschätzung	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
Riechen/Schmecken	wählerisch beim Essen	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	lehnt Lebensmittel/ Konsistenzen ab	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Geruchsempfindlich	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
Hören/Sehen/Sprache	Etwas in einer Menge finden	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Helles Licht tolerieren	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Sehr nah vor etwas sitzen, um es zu erkennen	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Laute Geräusche tolerieren	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Melodien nachsingen können	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Auf Ansprache reagieren	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Aussprache/Grammatik	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig
	Lautstärke der Sprache	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig

Selbstständigkeit / Aktivitäten des täglichen Lebens

Körperhygiene: _____

Zähne putzen (Elektrisch/Manuell): _____

Kleidung anziehen / ausziehen: _____

Knoten / Schleife / Reißverschluss / Knöpfe: _____

Essen / Trinken: _____

Tagesrituale: _____

Aufgaben zu Hause: _____

Womit beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten? Vorlieben? _____

Spielt ihr Kind lieber drinnen oder draußen? _____

Freizeit / Hobbys / Vereine: _____

Welche Medien konsumiert ihr Kind? _____

Welche Spiele? _____

Wie oft (täglich, wöchentlich etc.)? _____

Wann am Tag (morgens, nachmittags, vor dem Schafen gehen etc.)? _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Wir freuen uns schon Sie und ihr Kind kennen zu lernen.