

## 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
	Rangelieren 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.