

Ergoteam Tuttlingen



Anamnese Pädiatrie 1/7

ELTERN

Name Mutter:

Telefonnummer:

Name Vater:

Telefonnummer:

KIND

Name:

Geburtsdatum:

Kindergarten/Schule:

Klasse:

MEDIZINISCHE DATEN

Diagnose/Störung:

Überweisender Arzt:

Medikamente:

Andere Therapien:

Krankenhausaufenthalte:

Hilfsmittel:

Unverträglichkeiten:

VERDACHTSDIAGNOSEN

Gibt es Augenärztliche
Verdachtsdiagnosen?

Gibt es HNO-Ärztliche
Verdachtsdiagnosen?

Gibt es Kinder- und
Jugendpsychiatrische
Verdachtsdiagnosen?

Ergoteam Tuttlingen



Anamnese Pädiatrie 2/7

FAMILIENLEBEN/ UMFELD/ BEZIEHUNG

Wohnen beide Elternteile des Kindes zusammen?

Sind beide Elternteile voll berufstätig?

Kann ihr Kind unter der Woche Zeit mit dem Vater/Mutter verbringen?

Wenn getrennt lebend: Wie oft kann das Kind Vater/Mutter sehen?

Wie würden Sie das Eltern-Kind-Verhältnis beschreiben?

Hat ihr Kind Geschwister? Alter? Geschlecht?

Wie würden Sie das Verhältnis der Geschwisterkinder beschreiben?

VERLAUF DER SCHWANGERSCHAFT

In welcher Woche wurde Ihr Kind geboren?

Kaiserschnitt / natürliche Geburt / Komplikationen

Gab es Schwierigkeiten während der Schwangerschaft (z.B längere Bettruhe)

MOTORISCHE ENWICKLUNG

(Wann) konnte ihr Kind:

Robben:

Krabbeln:

Sitzen:

sich hochziehen:

selbständig laufen:

Die motorische Entwicklung meines Kindes würde ich eher beschreiben als:

sicher

unsicher

mutig

vorsichtig

sonstiges:

Ergoteam Tuttlingen



Anamnese Pädiatrie 3/7

WAHRNEHMUNG

Wie reagiert(e)
ihr Kind auf:

Gras:

Matsch

Sand:

Schaukeln

Mütze über die Ohren:

Wann waren die
letzten Hörtests:

Wann waren die
letzten Sehtests:

Ergebnisse der
Untersuchung:

Sonstiges:

KOGNITIVE ENTWICKLUNG

Hat ihr Kind gerne
Bilderbücher angeschaut?

Haben Sie ihrem Kind viel vorgelesen
bzw. lesen Sie viel vor?

Was sind die Lieblingsgeschichten
Ihres Kindes?

Stellt ihr Kind Fragen
zu den Geschichten?

Simultanes erkennen:
Wieviel Würfelaugen kann Ihr Kind
erkennen, ohne abzuzählen bzw. bei
auf einen Blick zu erkennende Gegen-
stände, z.B. wie viele Zahnbürsten im
Zahnputzbecher?

Stellt ihr Kind im Alltag
Wissensfragen?

Kann ihr Kind gleiche
Formen zuordnen?

Ergoteam Tuttlingen



Anamnese Pädiatrie 4/7

SOZIALE ENTWICKLUNG

Wie kommt ihr Kind mit anderen Kindern klar?
(zutreffendes ankreuzen)

- Mein Kind hat eher jüngere Freunde
- Mein Kind hat eher ältere Freunde
- Mein Kind hat gleichaltrige Freunde
- Mein Kind hat jüngere und ältere Freunde
- Mein Kind spielt lieber mit Erwachsenen
- Mein Kind hat keine Freunde
- Mein Kind nimmt gerne die Führungsposition ein
- Mein Kind nimmt ist eher zurückhaltend

Wie kommt ihr Kind in der Schule und im Kindergarten zurecht?

Bekommt es Besuch von Freunden?

Wie lief die Eingewöhnungsphase in den Kindergarten?

Sonstiges

SPRACHLICHE ENTWICKLUNG

Gab es Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung?

Mein Kind spielt gerne mit:
(zutreffendes ankreuzen)

- Lego/Duplo
- Puzzles
- Bauspiele wie Villa Paletti
- Memorie
- Kartenspiele wie UNO, Skip-bo und ähnliches
- Würfelspiele wie Kniffel
- Computerspiele / Wii / Nintendo / X-Box, etc

Wie lange kann es sich mit dem jeweiligen Material beschäftigen?

Ergoteam Tuttlingen



Anamnese Pädiatrie 5/7

AKTUELLE SITUATION

Warum wurde Ihrem Kind Ergotherapie verschrieben?
Schildern Sie bitte stichpunktartig die Gründe der jetzigen Vorstellung Ihres Kindes hier bei uns in der Praxis:

Haben Sie eine Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen?

Beschreiben Sie bitte in wenigen Sätzen Ihr Kind:

Wo sind die 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 der Freizeit?

Ergoteam Tuttlingen



Anamnese Pädiatrie 6/7

ERWARTUNGEN/WÜNSCHE/ZIELE AN DIE ERGOTHERAPIE:

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Bereich der Selbstversorgung verändern?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Waschen/Hygiene | <input type="checkbox"/> Anziehen / Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Schleife binden | <input type="checkbox"/> Umgang mit Besteck |
| <input type="checkbox"/> sich ein Brot schmieren | <input type="checkbox"/> Wege bewältigen |
| <input type="checkbox"/> fertig machen für Kita/Schule | <input type="checkbox"/> Teilnahme am Unterricht |
| <input type="checkbox"/> Erledigung fremdbestimmter Aktivitäten/ Aufgaben | |
| <input type="checkbox"/> Basteln/Werken | <input type="checkbox"/> Schreiben |
| <input type="checkbox"/> Erledigung der Hausaufgaben | |
| <input type="checkbox"/> Spiel alleine | <input type="checkbox"/> Spiel mit anderen Kindern |
| <input type="checkbox"/> Spiel drinnen | <input type="checkbox"/> Spiel draußen |
| <input type="checkbox"/> zu Bett gehen | |

weiteres:

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Kindergarten / in der Schule verändern?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teilnahme am Unterricht | <input type="checkbox"/> Schreiben |
| <input type="checkbox"/> Lesen | <input type="checkbox"/> Interaktionsverhalten |
| <input type="checkbox"/> Zuhören | |

weiteres:

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Bereich der Freizeit und des sozialen Lebens verändern?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbstwertgefühl | <input type="checkbox"/> Interaktionsverhalten |
|---|--|

weiteres:

Ergoteam Tuttlingen



Anamnese Pädiatrie 7/7

Was sind Ihre persönlichen Wünsche und Erwartungen, die Sie an die Ergotherapie haben?

Empty response area for personal wishes and expectations.

Betätigungsziele für die Ergotherapie:

Empty response area for activity goals for ergotherapy.