

Ersterhebung im Rahmen der pädiatrischen Behandlung am:

Name: _____ Geb.: _____

Behandelnder Arzt: _____

Diagnose: _____

Begleitende Therapien: _____

Medikamente: _____

Gibt es schon Erfahrungen mit Ergotherapie:

Wurde die Praxis gewechselt / Therapieabbruch:

Wenn ja, was darf sich in dieser Praxis nicht wiederholen:

Aktuelles Problem, Anlass zur Behandlung aus Sicht der Eltern:

Welche anderen therapeutischen Helfer, Pädagogen gibt es:

Wie beschreiben diese das Kind und seine Probleme:

Genauere Beschreibung des Zustandes vor der Therapie:

Motorik grob (hüpfen, klettern, rennen):

Motorik, fein (Bügelperlen, schneiden, Knöpfe schließen):

Verhalten (ruhig, unruhig, impulsiv):

Konzentration (kann Ihr Kind bei einer Aufgabe bleiben):

Ausdauer (Wie lange bleibt Ihr Kind bei einer Sache):

Spielverhalten (alleine, phantasievoll, ausdauernd) :

Malschwierigkeiten:

Sprachprobleme:

Psychische, sozioemotionale Auffälligkeiten (schnell wütend, ängstlich, traurig, hat oft Konflikte):



In welchen Situationen zeigen sich die Auffälligkeiten:

Wie wird damit im Alltag umgegangen:

Schwangerschaft / Geburt:

Vorerkrankungen / Operationen/ belastende Situationen:

Hör- und Sehtests:

Entwicklung im Säuglingsalter:

Sitzen ab: _____

Krabbeln ab: _____

Laufen ab: _____

Erste Worte ab: _____

Sprachentwicklung (Wortschatz, Satzbildung):

Alltag und Selbstständigkeit

Anziehen /Ausziehen (allein, braucht Unterstützung bei):

Essen /Trinken (isst mit Besteck, Abneigungen zB keine Stückchen im Joghurt):

Körperpflege (Zähneputzen, Waschen, Toilette):

Schlaf (Einschlafen, Durchschlafen, Rituale):

Schule / Kindergarten:

Einrichtung, Klasse /Gruppe:

Teilnahme am Alltag (Regeln, Aufgaben, Sitzkreis):

Feinmotorische Anforderungen (Schreiben, Schneiden, Basteln):

Rückmeldungen von Lehrern / Erziehern:



Sensorik und Wahrnehmung:

Reagiert ihr Kind empfindlich auf Berührung, Geräusche, Licht, Bewegung:

wenn ja wie zeigt sich das:

Visuelle Wahrnehmung (Erkennen von Formen, Bildern):

Auditive Wahrnehmung (Zuhören, Verstehen):

Körperwahrnehmung / Kraftdosierung (fällt häufig, stößt sich, zu viel /zu wenig Kraft):

Graphomotorik (kann beim Ausmalen Linien und Grenzen einhalten):

Bevorzugte Hand: rechte Hand linke Hand wechselt noch

Stifthalterung, Druck, Linienführung:

Tempo beim Schreiben /Malen- zu viel/ zu wenig Druck:

Kognitive Fähigkeiten:

Aufgabenverständnis (kann ihr Kind Aufgaben erledigen)

Merkfähigkeit (Memory spielen):

Emotionen und Regulation:

Frustrationstoleranz (abwarten, verlieren):

Wie geht ihr Kind damit um und wie beruhigt es sich wieder:

Sozialverhalten

Kontakt zu Gleichaltrigen:

Konfliktverhalten (Wie verhält sich ihr Kind bei einem Streit):

Rollen im Spiel (bestimmt es das Spiel, macht mit, zieht sich eher zurück):

Motivation und Interessen:

Was macht dem Kind Spaß:

Was vermeidet das Kind:

Was motiviert es (Belohnungen):

Umfeld:

Familiensituation (Geschwister (Alter), Eltern (zusammenlebend, getrennt...):

Gab oder gibt es eine belastende Situation für ihr Kind:

Medienkonsum (Wie lange nutzt ihr Kind TV/Handy/Tablet/SWITCH/PS am Tag):

Wie würden Sie Ihr Erziehungsverhalten beschreiben?: