



## Anamnesebogen Kinder

Name Ihres Kindes

Geburtsdatum

Wer hat die Ergotherapie veranlasst? (Arzt/ Ärztin, Kita, Schule, etc.)

Welche Therapien, Maßnahmen und Untersuchungen wurden in der Vergangenheit durchgeführt?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie       | <input type="checkbox"/> Logopädie              | <input type="checkbox"/> Hörtest       |
| <input type="checkbox"/> Intelligenztestung | <input type="checkbox"/> Physiotherapie         | <input type="checkbox"/> Frühförderung |
| <input type="checkbox"/> Sehtest            | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitstestung |  |

Weitere:

\* Bitte bringen Sie die Befunde zum Erstgespräch mit.

## Familienanamnese

Die Eltern sind ...  zusammenlebend  getrennt  alleinerziehend

Das Sorgerecht ist ...  gemeinsam  Mutter  Vater

sonstige:

Es handelt sich um ...  leibliches Kind  Adoptivkind  Pflegekind

Geschwister :

Kultureller Hintergrund:

Sprache(n):



## Schwangerschaft und Geburt

Gab es in der Schwangerschaft Schwierigkeiten (Stress, Infektionen, vorzeitige Wehen, Blutungen, weitere)?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Die Geburt des Kindes war ...

eine Spontangeburt  ein Kaiserschnitt  eine Frühgeburt  
 eine Mehrlingsgeburt

Gab es während der Geburt Komplikationen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

## Spielverhalten

Was spielt Ihr Kind am liebsten?

Wie lange darf Ihr Kind täglich fernsehen oder am PC, Tablet, Handy etc. spielen?



Welche Interessen hat Ihr Kind? (Anna und Elsa, Paw Patrol, Züge, Pferde ... )?

### Sozioemotionale Entwicklung

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Trennt sich Ihr Kind gut von seinen Bezugspersonen?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hält Ihr Kind einen angemessenen Abstand zu fremden Personen ein?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Geht Ihr Kind angemessen mit Frustration um?                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Teilt Ihr Kind seine Bedürfnisse mit?                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kann Ihr Kind seine Ideen durchsetzen?                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie bei Ihrem Kind Ängste wahrgenommen?                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind häufig Alpträume?                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zeigt Ihr Kind häufig Freude?                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind häufig Stimmungsschwankungen?                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Kontakt mit gleichaltrigen Kindern? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Mein Kind sucht überwiegend Kontakt zu ...?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erwachsenen       | <input type="checkbox"/> gleichaltrigen Kindern |
| <input type="checkbox"/> jüngeren Kindern  | <input type="checkbox"/> älteren Kindern        |
| <input type="checkbox"/> vermeidet Kontakt |   |

Weitere Notizen:

Bitte beschreiben Sie die Stärken Ihres Kindes:



## Therapieziele

Welche Alltagsziele sollen in der Ergotherapie verfolgt werden? *(Bitte versuchen Sie konkrete Alltagshandlungen zu benennen. Das Stichwort „bessere Konzentration“ ist beispielsweise nicht ausreichend!)*

Woran würden Sie im Alltag bemerken, dass das Therapieziel erreicht wurde?



## Kindergarten/(Vor-)Schule

Das Kind geht seit  in den Kindergarten/ (Vor-)Schule

Name des Kindergartens/ (Vor-) Schule:

Adresse:

Erzieher\*in/ Lehrer\*in:

Mit meiner Unterschrift entbinde ich die Praxis für Ergo-, Physiotherapie und Osteopathie in Hamburg-Eilbek, Glückstraße 67, 22081 Hamburg von der Schweigepflicht gegenüber den angegebenen Mitarbeitern der o.g. Institution.

Datum, Unterschrift\* \_\_\_\_\_

\* kann beim Erstgespräch unterzeichnet werden

Sollten sich die Alltagsschwierigkeiten auf den Bereich Kita oder Schule beziehen, laden Sie bitte das „Schreiben an die Kita/Schule“ von unserer Homepage herunter und lassen Sie dieses von den entsprechenden Betreuungspersonen ausfüllen. Bringen Sie das Schreiben bitte zum Erstgespräch mit.