

Patientenfragebogen Kind

Ergotherapie
 Sophia Reichert

 Dornbergsweg 39a
 38855 Wernigerode

 0179 4976172
 ergofürdeinkind.de


Sehr geehrte | r Frau | Herr _____

wir freuen uns, dass Sie Ihr Kind bei uns angemeldet haben. Um es während seiner Zeit bei uns gut betreuen und eventuelle Risiken ausschließen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu seiner Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

 Was ist der Grund für Ihren Besuch bei uns?

 Wie machen sich die Probleme im Alltag bemerkbar?

 Welches Ziel | Ergebnis wollen Sie mit Ihrem Kind durch unsere Therapie erreichen?

War das Kind zuvor schon in Therapie?

 Ja Nein

Wenn ja, in welcher? _____

In welchem Alter? _____ Wie lange? _____ Welches Ziel wurde dabei erreicht? _____

Familienanamnese

In welcher Familienkonstellation lebt das Kind?

- Verheiratet | Lebenspartnerschaft
 Bei Adoptiveltern
 Mehrgenerationenhaushalt
 In einer Pflegefamilie
 Patchworkfamilie
 Alleinerziehend mit der Mutter
 Alleinerziehend mit dem Vater
 Andere Konstellation: _____

Mit wie vielen Geschwistern lebt das Kind zusammen?

- keines
 eins, geboren am: _____
 zwei, geboren am: _____
 drei, geboren am: _____
 mehr: _____ geboren am: _____

Sind die Erziehungsberechtigten berufstätig?

 Mutter: Ja Nein Wenn ja, Vollzeit Teilzeit
 Vater: Ja Nein Wenn ja, Vollzeit Teilzeit

 Wie ist die Betreuung geregelt? (z. B. Betreuung zu Hause, im Kindergarten | -krippe, (Grund)Schule)

Gibt es in der Familie Migrationshintergrund?

 Ja Nein

Wenn ja, ... Welche Sprache(n) wird | werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? _____

Welche Sprache(n) spricht und versteht das Kind? _____

Gibt es in Ihrer Familie oder im Umfeld des Kindes zurzeit besondere Situationen oder Vorkommnisse, die den Alltag beeinflussen?

 Ja Nein

 Wenn ja, beschreiben Sie bitte sowohl positive als auch negative Auswirkungen: _____

Kindliche Entwicklung | Vorgeschichte

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

 Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

 Wurden evtl. Folgen behandelt?

Wie war die Geburt des Kindes?

 Eine normale Geburt
 Eine Frühgeburt
 Eine Mehrlingsgeburt

 Eine Geburt mit Komplikationen Wenn ja, welche? _____

 Wurden evtl. Folgen behandelt?

Hat das Kind eine Sehhilfe | Brille?

 Ja Nein

Ist das Kind schwerhörig?

 Ja Nein