

## Elternfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte\*r: \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie als Eltern aus?: \_\_\_\_\_

Welche Art der Einrichtung (Schule, Kindergarten) besucht Ihr Kind?: \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind noch Geschwister (Name, Alter)?: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Grund der Vorstellung: \_\_\_\_\_

Ist ihr Kind geräuschüberempfindlich?

Reagiert es negativ auf unerwarteten Lärm, sehr laute oder bestimmte Geräusche z.B. Bohrmaschine, Staubsauger etc.?

Hat es Mühe sich zu konzentrieren, wenn andere Geräusche in der Nähe auftreten?

Scheint es schlecht zu hören?

Hat es einen bekannten Hörfehler, auch Polypen, vergrößerte Rachenmandel, Paukenröhrchen, etc.?

Hat/ hatte das Kind häufig Mittelohrentzündung?

ja      nein      manchmal

	ja	nein	manchmal
Ist ihr Kind geräuschüberempfindlich?			
Reagiert es negativ auf unerwarteten Lärm, sehr laute oder bestimmte Geräusche z.B. Bohrmaschine, Staubsauger etc.?			
Hat es Mühe sich zu konzentrieren, wenn andere Geräusche in der Nähe auftreten?			
Scheint es schlecht zu hören?			
Hat es einen bekannten Hörfehler, auch Polypen, vergrößerte Rachenmandel, Paukenröhrchen, etc.?			
Hat/ hatte das Kind häufig Mittelohrentzündung?			

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

	ja	nein	manchmal
Kennt Ihr Kind Farben?			
Hat es Mühe, Farben und Formen zu unterscheiden?			
Sträubt es sich gegen ein Abdecken der Augen?			
Schielt oder blinzelt es oft?			
Hat es einen bekannten Sehfehler?			
Sieht Ihr Kind regelmäßig Fernsehen? Wenn ja, wie lange ca. pro Tag? _____			
Benutzt es regelmäßig Computer/Videospiele/Tablet/Smartphone? Wenn ja, wie lange ca. pro Tag? _____			

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

	ja	nein	manchmal
Stört es Ihr Kind, wenn jemand sein Gesicht wäscht?			
Stört es Ihr Kind, wenn jemand seine Haare/Nägel schneidet?			
Kratzt sich Ihr Kind, wenn es berührt wurde?			
Stört es Ihr Kind, barfuss im Gras, auf Sand oder auf Steinen zu gehen?			
Stört es Ihr Kind schmutzig zu werden?			
Arbeitet es ungern mit Fingerfarben, Matsch etc.?			
Stört es Ihr Kind, umarmt oder gehalten zu werden?			

Fühlt sich Ihr Kind eher Schlaff, normal oder feste an, wenn Sie es anfassen? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

ja      nein      manchmal

- Geht Ihrem Kind viel kaputt?
- Rauft und boxt es gern und tut es dabei anderen Kindern oft (unabsichtlich) weh?
- Ist es tollpatschig und ungeschickt?
- Lief/ läuft es teilweise auf den Zehen?
- Kleckert und verschüttet es viel beim Essen?
- Sitzt es „unordentlich“ auf dem Stuhl?
- Hat es Mühe bei alltäglichen Verrichtungen (an-/ausziehen, waschen, essen etc.)?

	ja	nein	manchmal
Geht Ihrem Kind viel kaputt?			
Rauft und boxt es gern und tut es dabei anderen Kindern oft (unabsichtlich) weh?			
Ist es tollpatschig und ungeschickt?			
Lief/ läuft es teilweise auf den Zehen?			
Kleckert und verschüttet es viel beim Essen?			
Sitzt es „unordentlich“ auf dem Stuhl?			
Hat es Mühe bei alltäglichen Verrichtungen (an-/ausziehen, waschen, essen etc.)?			

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja      nein      manchmal

- Ist Ihr Kind häufig in Bewegung?
- Fällt Ihr Kind häufig hin?
- Vermeidet es Spiele, die das Gleichgewichtssystem ansprechen (z.B. Schaukeln, Karussellfahren etc.)?
- Hat es bei Bewegungsspielen Mühe die Balance zu halten?
- Wird dem Kind nach Gleichgewichtsstimulation schnell übel?
- Wird es bei Bewegungsspielen kurzatmig und schwitzt es schnell?
- Sucht es übermäßig nach Gleichgewichtsstimulationen, z.B. auffällig langes Karussellfahren etc. ohne anschließenden Schwindel?

	ja	nein	manchmal
Ist Ihr Kind häufig in Bewegung?			
Fällt Ihr Kind häufig hin?			
Vermeidet es Spiele, die das Gleichgewichtssystem ansprechen (z.B. Schaukeln, Karussellfahren etc.)?			
Hat es bei Bewegungsspielen Mühe die Balance zu halten?			
Wird dem Kind nach Gleichgewichtsstimulation schnell übel?			
Wird es bei Bewegungsspielen kurzatmig und schwitzt es schnell?			
Sucht es übermäßig nach Gleichgewichtsstimulationen, z.B. auffällig langes Karussellfahren etc. ohne anschließenden Schwindel?			

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja      nein      manchmal

- Ist das hüpfen auf einem Bein möglich?
- Wirkt das Hüpfen sehr schwerfällig?
- Ist Ihr Kind auf der Schaukel auf Hilfe angewiesen?
- Hat es Mühe beim Fußballspielen?

	ja	nein	manchmal
Ist das hüpfen auf einem Bein möglich?			
Wirkt das Hüpfen sehr schwerfällig?			
Ist Ihr Kind auf der Schaukel auf Hilfe angewiesen?			
Hat es Mühe beim Fußballspielen?			

Wie sehen die Bewegungsübergänge Ihres Kindes aus (flüssig, stockend, zäh): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stützt sich Ihr Kind ab, wenn es fällt (schnell, verspätet, gar nicht): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zeigt es Schwierigkeiten:

- a. beim Schneiden mit der Schere?
- b. bei der Handhabung kleinster und feinsten Spielzeuge?
- c. einen Blei- oder Farbstift mit der richtigen Schreibhaltung zu gebrauchen?

Bastelt es nur sehr ungern?  
Händigkeit?

	ja	nein	manchmal
	rechts	links	gemischt

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

War/ist Ihr Kind auffällig in der Sprachentwicklung (Satzbau, Aussprache, Ausdrucksvermögen)?

Zeigt es für Erzählungen noch wenig Interesse?

Werden Anweisungen falsch oder gar nicht umgesetzt oder nur ein Teil des Auftrages?

	ja	nein	manchmal

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waren Schwangerschaft und Geburt komplikationslos, bzw. gab es während der Geburt besondere Vorkommnisse (Sectio, Saugglocke, Zangengeburt, Nabelschnurumschlingung, Sauerstoffmangel, Lageanomalie)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Wie waren bei der Geburt:

die Größe: \_\_\_\_\_

das Gewicht: \_\_\_\_\_

der Kopfumfang: \_\_\_\_\_

APGAR: \_\_\_\_\_

Wie war Ihr Kind im Baby- und Kleinkinderalter?

ja    nein    manchmal

- a. schrie, weinte oft
- b. war sehr unruhig
- c. hatte einen unregelmäßigen Schlafrhythmus
- d. spielte nicht gerne auf dem Bauch
- e. spuckte viel

	ja	nein	manchmal
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			

Haben Sie ihr Kind gestillt?

wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_

Welcher Sauger wurde benutzt (Schnuller, Lutschgewohnheiten)? \_\_\_\_\_

Wie war das Ess- und Trinkverhalten im Säuglingsalter (Verdauung)? \_\_\_\_\_

Wie ist das Ess- und Trinkverhalten jetzt? \_\_\_\_\_

ja    nein    manchmal

Schlingt Ihr Kind das Essen herunter?

Würgt es das Essen wieder hoch?

Kann Ihr Kind hartes und weiches Essen zusammen essen?

Riecht Ihr Kind an Dingen und Personen?

	ja	nein	manchmal
Schlingt Ihr Kind das Essen herunter?			
Würgt es das Essen wieder hoch?			
Kann Ihr Kind hartes und weiches Essen zusammen essen?			
Riecht Ihr Kind an Dingen und Personen?			

Was isst Ihr Kind am liebsten? \_\_\_\_\_

Was isst Ihr Kind überhaupt nicht – und warum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja      nein      manchmal

Zeigt Ihr Kind teilweise unkontrollierten Speichelfluss  
(Mundschluss/Kieferanomalie)?

--	--	--

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja      nein      manchmal

Reagiert es empfindlich auf Gerüche?

--	--	--

Fallen dem Kind Gerüche sofort auf?

--	--	--

Zieht das Kind eindeutige Gerüche/Geschmacksrichtungen vor?

--	--	--

Wird dem Kind leicht übel?

--	--	--

Wie ist die Reaktion auf salzig, sauer, süß? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind, bzw. gab es Operationen, hatte/hat es Krampfanfälle?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind bekannte Allergien? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nimmt oder nahm Ihr Kind Medikamente (Bedarfsmedikation)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nimmt oder nahm Ihr Kind an anderen Therapien teil? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In welchem Alter machte Ihr Kind folgendes?

- a. auf beide Seiten drehen: \_\_\_\_\_
- b. sitzen: \_\_\_\_\_
- c. krabbeln: \_\_\_\_\_
- d. stehen: \_\_\_\_\_
- e. gehen: \_\_\_\_\_
- f. akzeptierte es die Bauchlage?: \_\_\_\_\_
- g. alleine essen: \_\_\_\_\_
- h. sich alleine anziehen: \_\_\_\_\_

Wie verhält sich Ihr Kind?

ja      nein      manchmal

- a. Meistens ruhig
- b. Meistens aktiv
- c. Wird rasch müde
- d. Redet unaufhörlich
- e. Leicht erregbar, impulsiv
- f. Findet keine Ruhe, rastlos
- g. Sträubt sich gegen Veränderungen
- h. Kämpft häufig
- i. Ist eher waghalsig (kann Gefahren schlecht abschätzen)
- j. Hat eine kurze Konzentrationsspanne
- k. Hat unübliche Ängste
- l. Nässt das Bett
- m. Hat Mühe eine neue Aufgabe zu lernen

	ja	nein	manchmal
a.			
b.			
c.			
d.			
e.			
f.			
g.			
h.			
i.			
j.			
k.			
l.			
m.			

Zeigt es häufig Gefühle des Versagens oder der Frustration?

Hat es Mühe Regeln einzuhalten?

ja      nein      manchmal

	ja	nein	manchmal
Zeigt es häufig Gefühle des Versagens oder der Frustration?			
Hat es Mühe Regeln einzuhalten?			

Wie ist der Freundeskreis Ihres Kindes (älter/jünger/außerhalb der institutionellen Versorgung/wie sieht Spiel aus)? \_\_\_\_\_

Wie selbstständig ist Ihr Kind An-,Ausziehen-,Ess-, Wasch- und Sauberkeitsentwicklung? \_\_\_\_\_

---

Welches sind die Lieblingsbeschäftigungen/ Lieblingsspiele/ -spielzeuge Ihres Kindes?

---

---

Wie sieht der Alltag Ihres Kindes aus (Wochenablauf, Vereine, Bezugspersonen)?

---

---

---

Was mögen sie an Ihrem Kind? \_\_\_\_\_

---

---

Was sind die Stärken Ihres Kind? \_\_\_\_\_

---

---

Wie ist die emotionale Situation Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

---

---

Gab es belastende einschneidende Erlebnisse durch Tod, Trennung, Schulwechsel, Umzug?

---

---

Wie geht Ihr Kind mit Trennungssituationen um? \_\_\_\_\_

---

---

Hat Ihr Kind ein Störungsbewusstsein? \_\_\_\_\_

---

---

Wo sehen Sie die Hauptprobleme Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

---

---



---

---

Schule

Besteht Unklarheit, ob Ihr Kind Rechts- oder Linkshänder ist?

Hat es Mühe beim Schreiben?

Hat es Mühe die Linien einzuhalten?

Fällt es ihm schwer, von der Wandtafel abzuschreiben?

Verdreht es Ziffern oder Buchstaben beim Schreiben?

Hat es Mühe beim Lesen?

Versteht es die gelesenen Wörter?

Hat das Kind Mühe beim Rechnen?

Ermüdet es rasch, wenn schulische Leistungen verlangt werden?

Findet Ihr Kind Turnen eher schwierig und ist es danach oft enttäuscht oder frustriert?

ja      nein      manchmal

	ja	nein	manchmal
Besteht Unklarheit, ob Ihr Kind Rechts- oder Linkshänder ist?			
Hat es Mühe beim Schreiben?			
Hat es Mühe die Linien einzuhalten?			
Fällt es ihm schwer, von der Wandtafel abzuschreiben?			
Verdreht es Ziffern oder Buchstaben beim Schreiben?			
Hat es Mühe beim Lesen?			
Versteht es die gelesenen Wörter?			
Hat das Kind Mühe beim Rechnen?			
Ermüdet es rasch, wenn schulische Leistungen verlangt werden?			
Findet Ihr Kind Turnen eher schwierig und ist es danach oft enttäuscht oder frustriert?			

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

Welche Erwartungen/ Wünsche haben Sie an die Einrichtung/ Praxis? \_\_\_\_\_

---

---

## Freistellung von der Schweigepflicht

Hiermit befreie(n) ich/wir folgende Einrichtungen und Personen:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

gegenüber Herrn/Frau \_\_\_\_\_ als Mitarbeiter(in)  
der

Ergotherapie Oberpleis  
Siegburger Str.22  
53639 Königswinter Oberpleis  
T.:0 22 44-91 89 607

von der Schweigepflicht über \_\_\_\_\_  
Name des Kindes

Diese Entbindung der Schweigepflicht beruht auf Gegenseitigkeit und ist bis zum schriftlichen  
Widerruf gültig.

Ich bin davon unterrichtet worden, dass die erhobenen Daten und weitergegebenen Informationen  
auch weiterhin dem Datenschutz unterliegen und nur im Interesse des Kindes verwertet werden  
dürfen.

Königswinter, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten