



Im Ermesgraben 12
54338 Schweich

Fon: +49 6502 1096
Fax: +49 6502 20946
info@kinderarztpraxis-schweich.de
www.kinderarztpraxis-schweich.de

ERGOTHERAPIE FRAGEBOGEN

Vorname, Name:

Datum:

geboren am:

1. // Welche der folgenden Tätigkeiten kann Ihr Kind schon selbstständig ausführen?

	ja	teilweise	nein
Im Supermarkt einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tisch decken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwaschen / Abtrocknen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespültes Geschirr wegräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse / Obst schälen / schneiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socken und Unterwäsche falten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachrichten am Telefon übermitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich alleine anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. // Das Kind besucht zur Zeit folgende Kindertagesstätte / Schule:

.....

3. // Sorge der Eltern:

.....
.....
.....

4. // Stärken des Kindes:

.....
.....
.....

Haben Sie Fragen?

Wir helfen Ihnen gerne weiter :-)



5. // Fähigkeiten und Kompetenzen des Kindes:

	ja	teilweise	nein
Kommt das Kind im Alltag zurecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat das Kind die fehlende Kompetenz schon geübt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet das Kind zur Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorname, Name:

.....
.....
.....

geboren am:

.....

6. // Welche motorischen Auffälligkeiten wurden beobachtet?

.....
.....
.....

7. // Welche feinmotorischen Auffälligkeiten wurden beobachtet?

.....
.....
.....

8. // Welche Auffälligkeiten des Verhaltens oder Emotionen wurden beobachtet?

.....
.....
.....

9. // Diese genannten Auffälligkeiten sind fast immer vorhanden?

.....
.....
.....

10. // Welches Therapieziel würden Sie festsetzen?

.....
.....
.....

11. // Bemerkungen:

.....
.....
.....

Ausgefüllt von: Vorname, Name:

.....
Ort, Datum, Unterschrift

[Haben Sie Fragen?](#)

Wir helfen Ihnen gerne weiter :-)