

Wunstorfer Ergotherapeutischer Fragebogen für Eltern (WEFB-E)

nach Britta Winter



Liebe Eltern,

wie Sie wissen, hat die Ergotherapie zum Ziel, Ihr Kind in der Alltagsbewältigung und der Selbstständigkeit in den Bereichen Selbstversorgung (Aktivitäten der alltäglichen Routine, der Mobilität und der Selbstständigkeit), im Kindergarten oder der Schule, in der Freizeit und dem sozialen Leben zu stärken.

Um die ergotherapeutische Behandlung Ihres Kindes so individuell und effektiv wie möglich zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus. Wenn Ihnen Fragen zu persönlich oder anderweitig unangenehm sind, lassen Sie diese einfach aus.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Persönliche Daten	
Name Ihres Kindes: (Vor- und Zuname)	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummern: E-Mail-Adresse	
Verordnender Arzt:	
Kindergarten / Schule (inkl. Adresse)	
Name und Telefonnummer der Erzieherin/Lehrerin	
Wer hat Ihnen Ergotherapie empfohlen?	

Medizinische Daten	
Diagnose (laut Verordnung)	
Medikamente:	
Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, ...)	
Allergien:	
Krankenhausaufenthalte:	
Weitere Therapien (aktuell oder abgeschlossen, wann und bei wem)	
Bisherige Erfahrungen mit Ergotherapie:	
Sonstiges:	

Voruntersuchungen / Diagnosen:	
Welche Voruntersuchungen fanden statt?	Hat Ihr Kind eine der folgenden (Verdachts-) Diagnosen?
Augenarzt / Sehschule	<input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit <input type="checkbox"/> Winkelfehlsichtigkeit
HNO-Arzt / Pädaudiologe	<input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> zentrale auditive Verarbeitungsstörung
Kinder- und Jugendpsychiater / SPZ	<input type="checkbox"/> umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen / Koordinationsstörung <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) <input type="checkbox"/> Rechenstörung (Dyskalkulie) <input type="checkbox"/> Störung des Sozialverhaltens <input type="checkbox"/> depressive Störung <input type="checkbox"/> tiefgreifende Entwicklungsstörung / Autismus <input type="checkbox"/> Angststörung <input type="checkbox"/> Zwangstörung <input type="checkbox"/> Tic-Störung

Sollte es schon Berichte von Ärzten, Therapeuten, Pädagogen oder anderen Personen geben, heften Sie diese bitte in Kopie an diesen Fragebogen. Danke

Über unser Kind
Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben
Was sind die Stärken Ihres Kindes? Was kann es gut? Was schätzen Sie besonders an ihm?
Wofür interessiert sich Ihr Kind? Was macht es gerne in seiner Freizeit?
Schildern Sie bitte stichpunktartig die Gründe der jetzigen Vorstellung Ihres Kindes in der Einrichtung?
Haben Sie eine Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen?

Ziele und Erwartungen an die Ergotherapie

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Bereich Selbstversorgung (Aktivitäten der alltäglichen Routine, der Mobilität und der Selbstständigkeit) verändern?

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Kindergarten oder in der Schule verändern?

Was soll sich aus Ihrer Sicht im Bereich der Freizeit und des sozialen Lebens verändern?

Welche Wünsche und Erwartungen haben sie an die Ergotherapie?

Tagesplan Ihres Kindes

Uhrzeit	Was macht mein Kind?	Ausführung zufriedenstellend? Wenn NEIN, bitte näher erklären	Wichtigkeit der Veränderung 1 bis 10 1= gar nicht wichtig, 10 = besonders wichtig

Wochenplan Ihres Kindes

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag

Um uns einen Überblick über die aktuelle Lebenssituation Ihres Kindes zu verschaffen, bitten wir Sie, nachfolgende Tabellen auszufüllen.

Über die Familie / aktuelle Lebenssituation		
	Mutter	Vater
Name		
Alter		
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitszeiten		
Hobbys		
Stärken / Interessen		
Wie ist der Beziehungsstatus der leiblichen Eltern?		

Geschwister	Name	Alter	Schule/ Kindergarten	Klasse	Auffälligkeiten
1.					
2.					
3.					
4.					

Nur von getrennt lebenden Eltern auszufüllen	
Bei wem lebt Ihr Kind?	
Gibt es regelmäßigen Kontakt zu dem anderen Elternteil?	
Gibt es neue Partner?	
Sonstige Bezugspersonen:	
Haustiere:	
Gab es familiäre Veränderungen oder Schicksalsschläge im letzten halben Jahr? Wenn ja, welche?	

Wie ist die Wohnsituation?

- Mietwohnung
- Eigentumswohnung
- Haus

- Garten
- Schaukel
- Sandkiste
- Trampolin

Wenn möglich fertigen Sie eine Skizze des Kinderzimmers an. Gerne können Sie auch ein Foto anheften.



Betätigungsverhalten der Selbstversorgung, der Aktivitäten der alltäglichen Routine	Bewertung: 0=unproblematisch, 1=Problem leicht ausgeprägt, 2=Problem mäßig ausgeprägt, 3=Problem erheblich ausgeprägt, 4=Problem voll ausgeprägt					Bemerkung
	4	3	2	1	0	
Aufstehen						
Waschen / Hygiene						
Toilettengänge						
Anziehen / Ausziehen						
Schleife binden						
Essen						
Umgang mit Besteck						
sich ein Brot schmieren						
Fertigmachen für Kiga / Schule						
Wege bewältigen						
Ankommen / Verabschieden						
Teilnahme am Stuhlkreis						
Teilnahme am Unterricht						
Erledigung fremdbestimmte Aktivitäten / Aufgaben						
Basteln / Werken						
Schreiben						
Erledigung der Hausaufgaben						
Spiel alleine						
Spiel mit anderen Kindern						
Spiel drinnen						
Spiel draußen						
Aktivitäten mit erwachsenen						
Ausflüge						
Besuche						
zu Bett gehen						
Sonstiges						

Spielverhalten Ihres Kindes

Womit und was spielt Ihr Kind gerne drinnen?

Womit und was spielt Ihr Kind gerne draußen?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

- ja nein

Womit:

Wie lange:

Hat Ihr Kind feste Freunde?

- ja nein
 aus dem Kindergarten aus der Schule aus der Nachbarschaft / Verein

Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum?

- TV Zeit: _____ Min/Tag
 Playstation / PC Zeit: _____ Min/Tag
 Gameboy / Nintendo Zeit: _____ Min/Tag

Wie und wie lange bewegt sich Ihr Kind täglich/wöchentlich aktiv?

- Draußen spielen
 Freizeitsport

Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung in den ersten Lebensjahren

Wie war der Schwangerschaftsverlauf?

Alter der Mutter:

Wievielte Schwangerschaft:

- problematisch Gründe:
 unproblematisch

Größe und Gewicht Ihres Kindes:

Größe:

Gewicht:

APGAR:

Wurde Ihr Kind gestillt?

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind?

Ist Ihr Kind berührungsempfindlich?

- lehnt Berührungen ab, schmust nicht
 erkundet mit den Händen sehr selten
 schmust selten
 schmust gern
 erkundet mit den Händen ausführlich und oft
 lehnt folgende Materialien ab:

Kindergarten

Geht oder ging Ihr Kind in den Kindergarten?

Seit welchem Lebensjahr?

- besuchte keinen Kindergarten
- besuchte den Kindergarten von _____ bis _____
- besucht den Kindergarten seit _____

Ging bzw. geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

- nicht gerne
- gerne

Wie kommt Ihr Kind in den Kindergarten?

- mit Mama / Papa mit dem Auto
- mit dem eigenen Fahrrad
- mit Mamas / Papas Fahrrad
- zu Fuß

Wie sind die Betreuungszeiten?

von _____ bis _____ Uhr

Wie ist / war Ihr Kind in die Kindergruppe integriert?

- nicht
- gut
- hat feste Freunde im Kindergarten

Was klappt(e) im Kindergarten bei und mit Ihrem Kind besonders gut?

Was klappt(e) im Kindergarten bei und mit Ihrem Kind nicht so gut?

Weiteres

Schule

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

Welche Klasse besucht Ihr Kind?

Geht Ihr Kind gerne zur Schule?

- gerne
 nicht gerne

Wie kommt Ihr Kind in die Schule?

- mit Mamas / Papas Fahrrad
 mit dem eigenen Fahrrad
 zu Fuß
 mit Mama / Papa mit dem Auto

Wie sind die Schulzeiten?

von _____ bis _____ Uhr

Wie ist Ihr Kind in die Klasse integriert?

- besitzt feste Freunde in der Schule
 gut
 nicht gut

Wie sind die Leistungen Ihres Kindes?

Deutsch:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht
Mathematik:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht
Sachkunde:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht
Englisch:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht
Sport:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht
Arbeitsverhalten:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht
Sozialverhalten:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht
Schrift:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht

Wie ist die Beteiligung Ihres Kindes am Unterricht?

- gut
 nicht gut
Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie gut hält sich Ihr Kind an Klassenregeln?

- gut
 nicht gut
Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie ist die Pausensituation?

- unproblematisch
 problematisch
Gründe aus Ihrer Sicht:

Wie ist die Hausaufgabensituation?

- unproblematisch
 problematisch
Gründe aus Ihrer Sicht:

Was klappt bei / mit Ihrem Kind in der Schule gut?

Was klappt bei / mit Ihrem Kind in der Schule nicht so gut?

Weiteres

Fertigkeiten der grob- und feinmotorischen Koordination	Bewertungen 0=unproblematisch, 1=Problem leicht ausgeprägt, 2=Problem mäßig ausgeprägt, 3=Problem erheblich ausgeprägt, 4=Problem voll ausgeprägt					Bemerkung
	4	3	2	1	0	
Sich sicher und geschickt bewegen						
Sich im angemessenen Tempo bewegen						
Sich ausdauernd bewegen						
Neue Bewegungen lernen						
Kraft gut anpassen						
Ball fangen und werfen						
Klettern						
Schaukeln						
Roller fahren						
Fahrrad fahren						
Inliner fahren						
Schwimmen						
Türen auf-/zuschließen						
Schraubverschlüsse öffnen / schließen						
Stillsitzen						
Aufrecht sitzen						
Eindeutig rechts- oder linkshändig						
Stift geschickt führen						
Altersentsprechend malen						
Beim Malen Begrenzungslinien einhalten						
Auf der Linie schneiden						
Formklar und lesbar schreiben						
Zügig schreiben						

Kognitive Funktionen	Bewertungen 0=unproblematisch, 1=Problem leicht ausgeprägt, 2=Problem mäßig ausgeprägt, 3=Problem erheblich ausgeprägt, 4=Problem voll ausgeprägt					Bemerkung
	4	3	2	1	0	
Aufmerksamkeit bei selbstgewählten Aktivitäten						
Aufmerksamkeit bei geforderten Aktivitäten						
Sprachverständnis						
Sich mitteilen						
Anweisungen umsetzen						
Merkfähigkeit						
Planvoll handeln						
Sorgfältig und genau handeln						
Arbeitstempo						
Umgang mit Problemen						
Kreativität						
Lerntempo						
Emotionale und sozioemotionale Funktionen	Bewertungen 0=unproblematisch, 1=Problem leicht ausgeprägt, 2=Problem mäßig ausgeprägt, 3=Problem erheblich ausgeprägt, 4=Problem voll ausgeprägt					Bemerkung
	4	3	2	1	0	
Grundstimmung						
Selbstregulation						
Kontaktverhalten						
Umgang mit Regeln						
Frustrationstoleranz						
Selbstwertgefühl						
Leistungsbereitschaft						

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wir als Ergotherapeuten unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben und dienen ausschließlich einer effizienten Vorbereitung für die Therapie Ihres Kindes.

Anmeldung zur Ergotherapie

Hiermit melde ich mein Kind _____ zur ergotherapeutischen Behandlung an.

Sehr geehrte Eltern,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unsere Aufsichtspflicht nur für den vereinbarten Therapiezeitraum gilt.

Termine, die nicht wahrgenommen werden können, müssen von Ihnen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden.

Der Gesetzgeber gestattet es, Termine die ohne Abmeldung nicht wahrgenommen wurden, privat in Rechnung zu stellen.

Um eine Diagnostik bzw. Befundung effektiver durchführen zu können, ist es in einzelnen Situationen empfehlenswert eine videogestützte Analyse durchzuführen. Hierzu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich stimme einer Videoanalyse während der Behandlung meines Kindes zu.

Die Praxis für Ergotherapie Georg Arts erklärt hiermit, dass die Videoaufnahme ausschließlich zur Befundung und Diagnostik eingesetzt wird und nicht für andere Zwecke verwendet wird.

Alle Angaben sind für Dritte nicht zugänglich. Wir als Therapeuten unterliegen der Schweigepflicht. Falls wir Kontakt zu Kindergärten, Schulen, anderen Therapeuten aufnehmen sollen / dürfen, ist es notwendig, uns von der Schweigepflicht zu entbinden.

Hiermit entbinde ich den/die behandelnde(n) Ergotherapeut(in) von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber:

- Kindergarten
- Schule
- anderen therapeutischen Einrichtungen

(bitte entsprechendes ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Ihr Praxisteam