

Wunstorfer Ergotherapeutischer Fragebogen – für Eltern (WEFB-E)

Liebe Eltern,

wie Sie wissen, hat die Ergotherapie zum Ziel, Ihr Kind in der Alltagsbewältigung und 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 des Kindes:	
Adresse:	
Telefonnummern: E-Mail-Adresse	
Verordnender Arzt:	
Kindergarten / Schule (inkl. Adresse):	
Name und Telefonnummer der Erzieherin / Lehrerin:	
Wer hat Ihnen eine 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:	

Voruntersuchung / Diagnosen	
Welche Voruntersuchungen fanden statt?	Hat Ihr Kind eine der folgenden (Verdachts-)Diagnosen?
Augenarzt / Sehschule	☐ Fehlsichtigkeit ☐ Winkelfehlsichtigkeit / Schielen ☐ Nystagmus
HNO-Arzt / Pädaudiologie	☐ chronische Mittelohrentzündung (Paukenergüsse) ☐ Schwerhörigkeit ☐ zentrale auditive Verarbeitungsstörung
Kinder- und Jugendpsychiater / SPZ	☐ umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen / Koordinationsstörung ☐ Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ☐ Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) ☐ Rechenstörung (Dyskalkulie) ☐ Störung des Sozialverhaltens ☐ depressive Störung ☐ tief greifende Entwicklungsstörung / Autismus ☐ Angststörung ☐ Zwangsstörung ☐ Tic-Störung

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

Über unser Kind
Wie würden Sie Ihr Kind beschreiben?
Was sind die Stärken Ihres Kindes? Was kann es gut? Was schätzen Sie und andere besonders an ihm?
Wofür interessiert sich Ihr Kind? Was macht es gerne in der 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 Selbstständigkeit) verändern?
Was soll sich aus Ihrer Sicht im Kindergarten und 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?

Um den Alltag Ihres Kindes und der Familie besser kennenzulernen, bitten wir Sie, den nachfolgenden Tages- bzw. Wochenplan beispielhaft auszufüllen.

Tagesplan des Kindes		
Uhrzeit	Aktivitäten	Bemerkungen (z.B. + = positiv / - = problematisch)
6.00		
6.30		
7.00		
7.30		
8.00		
8.30		
9.00		
9.30		
10.00		
10.30		
11.00		
11.30		
12.00		
12.30		
13.00		
13.30		
14.00		
14.30		
15.00		
15.30		
16.00		
16.30		
17.00		
17.30		
18.00		
18.30		
19.00		
19.30		
20.00		
20.30		
21.00		
21.30		
22.00		
22.30		

[illegible]

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 das 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 der Familie	
☐ Mietwohnung ____ qm ☐ Eigentumswohnung ____ qm ☐ Haus ____ qm ☐ Kinderzimmer ____ qm	☐ Garten ____ qm ☐ Schaukel ☐ Sandkiste ☐ Trampolin

Bitte fertigen Sie auf der Blattrückseite 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					
	4	3	2	1	0	Bemerkung
Aufstehen						
Waschen / Hygiene						
Toilettengänge						
Anziehen / Ausziehen						
Schleife binden						
Essen						
Umgang mit Besteck						
Sich ein Brot schmieren						
Fertigmachen für Kita / 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						

Spielverhalten des Kindes

Womit und was spielt Ihr Kind gerne drinnen?

Womit und was spielt Ihr Kind gerne draußen?

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

☐ nein ☐ ja

Womit:

Wie lange:

Hat es feste Freunde?

☐ nein ☐ ja Alter:

☐ aus dem Kindergarten ☐ aus der Schule ☐ aus der Nachbarschaft

Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum?

☐ TV Zeit: _____ min/täglich
 ☐ Playstation Zeit: _____ min/täglich
 ☐ PC Zeit: _____ min/täglich
 ☐ Gameboy Zeit: _____ min/täglich

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

☐ Draußen spielen Zeit: _____ min/täglich
 ☐ Freizeitsport (was und wie viel Zeit/Woche):

Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung in den ersten Lebensjahren	
Wie war der Schwangerschaftsverlauf? Alter der Mutter: wievielte Schwangerschaft: ☐ problematisch Gründe: ☐ unproblematisch	
Wie war die Geburt? wievielte Schwangerschaftswoche: ☐ problematisch Gründe: ☐ unproblematisch	
Größe und Gewicht des Kindes: Größe: Gewicht: APGAR:	
Wurde das Kind gestillt? ☐ nein ☐ ja wie lange:	
Welche Kinderkrankheiten hatte das 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? ☐ besuchte keinen Kindergarten ☐ besuchte den Kindergarten von ____ bis ____ ☐ besucht den Kindergarten seit	Seit welchem Lebensjahr?
Ging bzw. geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? ☐ nicht gerne ☐ gerne	
Wie kommt das 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 das Kind in die Kindergruppe integriert? ☐ nicht gut ☐ 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?
In welche Klasse geht Ihr Kind?
Geht Ihr Kind gerne in die Schule?
☐ nicht gerne ☐ gerne
Wie kommt das Kind in die Schule?
☐ mit Mama / Papa mit dem Auto ☐ mit dem eigenen Fahrrad ☐ mit Mamas / Papas Fahrrad ☐ zu Fuß
Wie sind die Schulzeiten?
Von _____ bis _____ Uhr
Wie ist das Kind in die Klasse integriert?
☐ nicht gut ☐ gut ☐ hat feste Freunde im Kindergarten
Wie sind die Leistungen Ihres Kindes?
Mathematik: ☐ schlecht ☐ mittel ☐ gut Deutsch: ☐ schlecht ☐ mittel ☐ gut Sachkunde ☐ schlecht ☐ mittel ☐ gut Englisch: ☐ schlecht ☐ mittel ☐ gut Sport: ☐ schlecht ☐ mittel ☐ gut Arbeitsverhalten: ☐ schlecht ☐ mittel ☐ gut Sozialverhalten: ☐ schlecht ☐ mittel ☐ gut Schrift: ☐ schlecht ☐ mittel ☐ gut
Wie ist die Beteiligung des Kindes am Unterricht?
☐ nicht gut ☐ gut
Gründe aus Ihrer Sicht:
Wie gut hält sich das Kind an die Klassenregeln?
☐ nicht gut ☐ gut
Gründe aus Ihrer Sicht:
Wie ist die Pausensituation?
☐ problematisch ☐ gut
Gründe aus Ihrer Sicht:
Wie ist die Hausaufgabensituation?
☐ problematisch ☐ unproblematisch
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	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	
Sich sicher und geschickt bewegen						
Sich in angemessenem 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	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	
Aufmerksamkeit bei selbst gewählten Aktivitäten						
Aufmerksamkeit bei geforderten Aktivitäten						
Bei der Sache bleiben und sich nicht ablenken lassen						
Sprachverständnis						
Sich mitteilen						
Anweisungen umsetzen						
Merkfähigkeit						
Planvoll handeln						
Sorgfältig und genau arbeiten						
Arbeitstempo						
Umgang mit Problemen						
Kreativität						
Lerntempo						

Emotionale und sozioemotionale Funktionen	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	
Grundstimmung						
Selbstregulation						
Kontaktverhalten						
Kommunikation						
Umgang mit Regeln						
Frustrationstoleranz						
Selbstwertgefühl						
Leistungsbereitschaft						

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!