

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	<input type="checkbox"/> Fehlsichtigkeit <input type="checkbox"/> Winkelfehlsichtigkeit / Schielen <input type="checkbox"/> Nystagmus
HNO-Arzt / Pädaudiologie	<input type="checkbox"/> chronische Mittelohrentzündung (Paukenergüsse) <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"/> tief greifende Entwicklungsstörung / Autismus <input type="checkbox"/> Angststörung <input type="checkbox"/> Zwangsstörung <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.

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		

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	
<input type="checkbox"/> Mietwohnung ____ qm <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung ____ qm <input type="checkbox"/> Haus ____ qm <input type="checkbox"/> Kinderzimmer ____ qm	<input type="checkbox"/> Garten ____ qm <input type="checkbox"/> Schaukel <input type="checkbox"/> Sandkiste <input type="checkbox"/> 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					Bemerkung
	4	3	2	1	0	
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: <input type="checkbox"/> problematisch Gründe: <input type="checkbox"/> unproblematisch	
Wie war die Geburt? wievielte Schwangerschaftswoche: <input type="checkbox"/> problematisch Gründe: <input type="checkbox"/> unproblematisch	
Größe und Gewicht des Kindes: Größe: Gewicht: APGAR:	
Wurde das Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wie lange:	
Welche Kinderkrankheiten hatte das Kind?	
Ist Ihr Kind berührungsempfindlich? <input type="checkbox"/> lehnt Berührungen ab, schmust nicht <input type="checkbox"/> erkundet mit den Händen sehr selten <input type="checkbox"/> schmust selten <input type="checkbox"/> schmust gern <input type="checkbox"/> erkundet mit den Händen ausführlich und oft	<input type="checkbox"/> lehnt folgende Materialien ab
Kindergarten	
Geht oder ging Ihr Kind in den Kindergarten?	Seit welchem Lebensjahr?
<input type="checkbox"/> besuchte keinen Kindergarten <input type="checkbox"/> besuchte den Kindergarten von _____ bis _____ <input type="checkbox"/> besucht den Kindergarten seit _____	
Ging bzw. geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? <input type="checkbox"/> nicht gerne <input type="checkbox"/> gerne	
Wie kommt das Kind in den Kindergarten? <input type="checkbox"/> mit Mama / Papa mit dem Auto <input type="checkbox"/> mit dem eigenen Fahrrad <input type="checkbox"/> mit Mamas / Papas Fahrrad <input type="checkbox"/> zu Fuß	
Wie sind die Betreuungszeiten? Von _____ bis _____ Uhr	
Wie ist / war das Kind in die Kindergruppe integriert? <input type="checkbox"/> nicht gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> 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	

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!