

# 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.



## Schwangerschaft, Geburt und Entwicklung in den ersten Lebensjahren

### Wie war der Schwangerschaftsverlauf?

Alter der Mutter:

wieviele Schwangerschaft:

- problematisch                      Gründe:  
 unproblematisch

### Wie war die Geburt?

wieviele 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?

### 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 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	
<b>In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?</b>	
In welche Klasse geht Ihr Kind?	
<b>Geht Ihr Kind gerne in die Schule?</b>	
<input type="checkbox"/> nicht gerne <input type="checkbox"/> gerne	
<b>Wie kommt das Kind in die Schule?</b>	
<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	
<b>Wie sind die Schulzeiten?</b>	
Von _____ bis _____ Uhr	
<b>Wie ist das Kind in die Klasse integriert?</b>	
<input type="checkbox"/> nicht gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> hat feste Freunde im Kindergarten	
<b>Wie sind die Leistungen Ihres Kindes?</b>	
Mathematik:	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut
Deutsch:	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut
Sachkunde	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut
Englisch:	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut
Sport:	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut
Arbeitsverhalten:	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut
Sozialverhalten:	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut
Schrift:	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> gut
<b>Wie ist die Beteiligung des Kindes am Unterricht?</b>	
<input type="checkbox"/> nicht gut <input type="checkbox"/> gut	
Gründe aus Ihrer Sicht:	
<b>Wie gut hält sich das Kind an die Klassenregeln?</b>	
<input type="checkbox"/> nicht gut <input type="checkbox"/> gut	
Gründe aus Ihrer Sicht:	
<b>Wie ist die Pausensituation?</b>	
<input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> gut	
Gründe aus Ihrer Sicht:	
<b>Wie ist die Hausaufgabensituation?</b>	
<input type="checkbox"/> problematisch <input type="checkbox"/> unproblematisch	
Gründe aus Ihrer Sicht:	
<b>Was klappt bei / mit Ihrem Kind in der Schule gut?</b>	
<b>Was klappt bei / mit Ihrem Kind in der Schule nicht so gut?</b>	
<b>Weiteres</b>	



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!**