

Vorname, Name des Kindes:

Datum:

Liebe Eltern,

um im Vorwege ein möglichst umfassendes Bild von ihrem Kind zu bekommen und die Ergotherapie darauf abzustimmen, benötige ich einige Informationen von Ihnen. Dafür beantworten Sie bitte die untenstehenden Fragen, indem Sie ankreuzen, inwieweit die Aussage auf Ihr Kind zutrifft.

	Mein Kind ...	trifft gar nicht zu	trifft kaum / wenig zu	trifft teilweise / gelegentlich zu	trifft sehr zu
01	kann sich nicht lange auf Aufgaben konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	ist leicht ablenkbar durch Reize von außen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	hat Schwierigkeiten, mehrere Reize zugleich einzuordnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	kann seinen Fokus nicht auf relevante Informationen richten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	versteht Aufgaben nicht oder falsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	antwortet und handelt vorschnell, bevor es nachdenkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	ist am Tisch oder in anderen unpassenden Situationen zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	ist oft überfordert mit Situationen die neu oder herausfordernd sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	zeigt wenig Eigeninitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	zeigt störendes Verhalten in Gruppensituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	kann nicht gut Kontakte knüpfen und Freundschaften aufbauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	hat ein geringes Selbstbewusstsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	hat große Schwierigkeiten, wenn Situationen frustrierend sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	ist oft ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	neigt zu Wutausbrüchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	ist oft traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Kind ...	trifft gar nicht zu	trifft kaum / wenig zu	trifft teilweise / gelegentlich zu	trifft sehr zu
ist respektlos gegenüber Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist im Unterricht zu passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überschätzt sich, gibt gern an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unvorsichtig, draufgängerisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verhält sich distanzlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verhält sich aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verursacht familiären Unfrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist ungeschickt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unsportlich, unbeweglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist schnell körperlich erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mag keine Berührungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Ihr Kind Medikamente bekommt, tragen Sie bitte hier Art und Dosierung ein::

Weitere Anmerkungen, Informationen: