Fragebogen – bitte zeitnah zurücksenden - Angaben zur Klientin / zum Klienten:

Name, Vorname(n):_____

Geburtsdatum: ___.___._____

Adresse:_____

Handelt es sich um eine Wohneinrichtung? □ ja □ nein

Wenn „ja" wer ist dort Ansprechpartner?

Name, Telefonnummer, E-Mail:

_____

Name(n) der Eltern: _____

Gegebenenfalls abweichende Adresse der Eltern/eines Elternteils:

_____

_____

_____

Telefonnummer/n und E-Mail-Adresse/n:

_____

_____

Bei Minderjährigen: Wer ist sorgeberechtigt (alleiniges/gemeinsames Sorgerecht)?

_____

Bei Erwachsenen Klient/innen: Besteht eine gesetzliche Betreuung?

□ ja □ nein

Wenn eine Betreuung besteht: Name und Adresse der gesetzlichen Betreuung:

_____

_____

Telefonnummer und E-Mail-Adresse:

_____

Wann wurde der Antrag auf eine therapeutische Maßnahme gestellt?

Datum: _____

bei welchem Leistungsträger (Jugend-Sozialamt):

_____

falls bekannt Name des/r Sachbearbeiters/in_____

Erst nach Genehmigung des Antrages durch den Leistungsträger können wir Sie/Ihr Kind auf die Warteliste aufnehmen!

Sollte die Therapie bereits durch den Leistungsträger genehmigt sein, brauchen wir für die Therapieaufnahme trotzdem die Schweigepflichtsentbindung und den ausgefüllten Fragebogen zurück.

Beschreibung von Verhaltensweisen bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter? Erwachsene lassen dies am besten von nahen Bezugspersonen (Eltern Betreuer, ...) beantworten:

Beobachten Sie folgende Probleme? Kreuzen sie Zutreffendes an!

O Kontaktschwierigkeiten
O Starke motorische Unruhe
O Übermäßige Ängstlichkeit
O Starker Trotz, Unwillen
O Teilnahmslosigkeit
O Störungen des Essverhaltens
O Rastlosigkeit
O Ausgeprägte Schlafstörungen
O Soziale Schwierigkeiten
O Konzentrationsschwäche
O Traurigkeit
O Verschlossenheit
O Starker Perfektionismus
O Schlafstörungen
O Zwanghaftigkeit
O starke Stimmungsschwankungen
O Alkohol/ Drogen
O häufige Wutausbrüche
O Aggressivität
O Auto-Aggressivität (Selbstverletzung)
O Weglauftendenzen

Weitere:

_____

_____

_____

_____

Welche positiven Verhaltensweisen/Ressourcen sehen Sie bei Ihrem Kind/dem Klienten/ der Klientin:

_____

_____

_____

_____

_____

Fragen zur besuchten Einrichtung:

Welche Einrichtung besucht der Klient/die Klientin:

□ Keine
□ Regelkindertagesstätte
□ Integrative Kindertagesstätte
□ Schule
□ Förderschule
□ Werkstatt für Menschen mit Behinderung
□ Tagesförderstätte
□ Sonstiges_____

Name der Einrichtung:_____

Gibt es eine Integrationshilfe in der Einrichtung:

□ ja □ nein

Wie lange besucht der Klient/die Klientin schon die Einrichtung, seit:_____

Was läuft gut, was läuft schlecht in der Einrichtung?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Welche Förderung oder Therapie gab es schon oder erfolgt momentan?

Was?	Von wann bis wann?	Wo; von wem?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fragen zur häuslichen Situation:

Wer lebt mit dem Klienten/der Klientin im gleichen Haushalt?

_____

_____

_____

_____

Was läuft gut, was läuft schlecht zu Hause im Zusammenleben mit den anderen Familienmitgliedern:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Welche sozialen Kontakte gibt es außerhalb der Familie, spielt das Kind mit anderen Kindern? Hat der Klient/die Klientin soziale Kontakte zu Gleichaltrigen?

_____

_____

_____

_____

Mit was beschäftigt sich der Klient/die Klientin gerne, mit was spielt das Kind gerne:

_____

_____

_____

_____

Lebenspraktische Fertigkeiten:

Wie selbständig ist der Klient/die Klientin im Vergleich zu Gleichaltrigen:

- kann sich alleine an- und ausziehen □ ja □ nein
  wenn ja, was ist schwierig: _____
- kann eigenständig die Toilette benutzen □ ja □ nein
- führt folgende Hygienemaßnahmen eigenständig durch:
- _____
- kann Gefahren einschätzen: □ ja □ nein
  falls nein welche nicht:
  _____

Gibt es etwas, das Ihrer Tochter/ Ihrem Sohn besonders Angst macht (z. B. Gegenstände, wie Stofftiere; Lärm; ...)?

_____

_____

Wahrnehmung

Welche Wahrnehmungsbesonderheiten hat der Klient/die Klientin

□ riechen
□ schmecken
□ hören
□ fühlen
□ sehen
□ Körperwahrnehmung

Wie zeigt sich dies?

_____

_____

_____

_____

Motorik

Gibt es Schwierigkeiten im grobmotorischen Bereich (z.B. gehen, laufen, Gleichgewicht, hüpfen,...)

_____

_____

Gibt es Schwierigkeiten im feinmotorischen Bereich (z.B. malen, Stifthaltung, Graphomotorik...)

_____

_____

Was kann der Klient/die Klientin im motorischen Bereich gut:

_____

_____

Was macht dem Klient/der Klientin besonderen Spaß im motorischen Bereich

_____

_____

Emotionale Entwicklung/Selbstregulation

Kann der Klient/die Klientin unterschiedliche Gefühle zeigen?
□ ja □ nein

Wenn ja welche:_____

Kann der Klient/die Klientin Gefühle bei anderen Personen erkennen
□ ja □ nein

Wie geht er/sie mit den Gefühlen anderer Personen um? Kann er/sie sich in andere Menschen hineinversetzen
□ ja □ nein

Welche Gefühle führen zu problematischen Verhaltensweisen oder Belastungen:
Wie äußern sich diese?

_____

_____

Kommunikation

Wie gut spricht der Klient/die Klientin, bzw. wie gut kann er/sie sich momentan ausdrücken (bitte ankreuzen)?

□ altersgemäß

□ unvollständige Sätze

□ einzelne Wörter:

□ gar nicht oder maximal fünf Wörter:

Weitere Sprachauffälligkeiten:

_____

Wie gut versteht der Klient/die Klientin Sprache:

□ Gar nicht
□ Einzelne Worte:
□ Einfache Zusammenhänge
□ komplexe Zusammenhänge

Gibt es andere Kommunikationsmittel, die der Klient/die Klientin benutzt, um sich mitzuteilen? Welche?

_____

Gibt es Interessensbereiche über die der Klient/die Klientin gerne spricht ?

_____

Werden in Ihrer Familie verschiedene Sprachen gesprochen: □ ja □ nein

Wenn ja, welche:_____

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen:_____

Welche Sprache spricht der Klient/die Klientin bevorzugt:_____

Welche Unterschiede gibt es im Sprachverständnis und im Sprechen bei den verschiedenen Sprachen:

_____

Diagnosen und Medikamente

Gibt es folgende Befunde oder Diagnosen?

O Hochbegabung

O Epilepsie

O AD(H)S (hyperkinetische Störung)

O Mutismus

O Entwicklungsverzögerung

O Allergien, wenn ja welche:

_____

Bekommt der Klient/die Klientin regelmäßig Medikamente?

□ ja □ nein

Wenn ja, welche?

_____ seit wann? _____

Organisation der Therapie:

Gibt es dringende Beratungsbedarfe im Umfeld (Familie, Einrichtung…) vor Beginn der therapeutischen Einzelmaßnahme: □ ja □ nein

Wenn ja, zu welchem Thema/Bereich:

_____

An welchen Therapiestandort soll die Therapie bevorzugt stattfinden:
□ Trier-Süd/Medard
□ Trier-Ehrang
□ Daun
□ Idar-Oberstein

Welche Zeiten sind für die Therapie mit dem Klienten/der Klientin möglich:

□ Flexibel

□Nur an bestimmten Wochentagen: _____

□ Nur zu bestimmten Zeiten:_____

Gibt es noch etwas, was Sie besonders erwähnen möchten:

_____

_____

_____

_____