

An LehrerIn, ErzieherIn

Sehr geehrte/r

die Eltern von \_\_\_\_\_

haben uns mitgeteilt, dass Sie eine kinderärztliche Vorstellung wegen Verdachts auf Entwicklungsstörung bzw. zur Frage der Verordnung von Heilmitteln (Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik) vorgeschlagen haben.

Damit wir die zu Grunde liegenden Schwierigkeiten korrekt erfassen können, brauchen wir Ihre Mithilfe. Bitte beantworten Sie dazu folgende Fragen:

**1. Welches Problem war Anlass für Ihre Vorstellungsempfehlung?  
In welchen konkreten Situationen des Schul-/ Kindertagesstättenalltags kommt das Kind nicht zurecht ?**

**2. Was konkret müsste das Kind Ihrer Ansicht nach lernen, damit sein Leiden oder Ihre Sorgen geringer würden?**

**3. Warum reichen pädagogische Maßnahmen nicht aus, um diese Ziele zu erreichen?**

Für die Beurteilung der Ergotherapieindikation ist neben dem Befinden des Kindes, den Sorgen der Eltern und dem Befund des Arztes Ihre Einschätzung als Fachkraft von großer Wichtigkeit.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Therapien zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu einer allgemeinen Förderung, sondern nur als Heilmittel bei Kranken einsetzen dürfen. Dabei ist eine genaue Dokumentation der Probleme des Kindes unerlässlich.

Vielen Dank, dass Sie sich im Interesse des Kindes die Zeit nehmen, die oben stehenden Fragen zu beantworten.

Mit freundlichen Grüßen



## Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Eltern<sup>4-16</sup>

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Name des Kindes: .....

männlich

weiblich

☐
☐

Geburtsdatum: .....

|                                                                                       | Nicht<br>zutreffend      | Teilweise<br>zutreffend  | Eindeutig<br>zutreffend  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Rücksichtsvoll                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Einzelgänger; spielt meist alleine                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ständig zappelig                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Lieb zu jüngeren Kindern                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Lügt oder mogelt häufig                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Wird von anderen gehänselt oder schikaniert                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Denkt nach, bevor er/sie handelt                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?  
 (Bitte hier eintragen!)

Bitte umblättern

Würden Sie sagen, daß Ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

|                          |                             |                               |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Nein                     | Ja, leichte Schwierigkeiten | Ja, deutliche Schwierigkeiten | Ja, massive Schwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>    |

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Weniger als einen Monat  | 1-5 Monate               | 6-12 Monate              | Über ein Jahr            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gar nicht                | Kaum                     | Deutlich                 | Massiv                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

|                 |                          |                          |                          |                          |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                 | Gar nicht                | Kaum                     | Deutlich                 | Schwer                   |
| Zu Hause        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit Freunden    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Unterricht   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In der Freizeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Keine Belastung          | Leichte Belastung        | Deutliche Belastung      | Schwere Belastung        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Von wem wurde dieser Bogen ausgefüllt ?

|                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vater                    | Mutter                   | Andere:.....             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Heutiges Datum .....

**Bitte überprüfen Sie nochmals, ob alle Fragen beantwortet wurden.**

**Vielen Dank !**