

# Anamnesebogen

Die Ergotherapie hat zum Ziel, Sie in der Alltagsbewältigung in allen Bereichen (Selbstversorgung, Aktivitäten, Mobilität, Soziales Leben) zu stärken. Um Ihre ergotherapeutische Behandlung so individuell und effektiv wie möglich zu gestalten, füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus. Ihre Angaben werden ausschließlich intern vertraulich und nach Datenschutzrichtlinien behandelt. Die Angaben im Fragebogen sind Bestandteil der Befunderhebung. Bitte bringen Sie ihn - gut leserlich ausgefüllt - zum ersten Termin mit. Wenn Ihnen Fragen zu persönlich oder anderweitig unangenehm sind, lassen Sie diese einfach aus.

## Allgemeine Informationen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse/Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Wichtige Kontaktperson / Betreuer \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt (inkl. Adresse) \_\_\_\_\_

## Aktuelle Lebenssituation

### Häusliches Umfeld

- ledig       verheiratet       geschieden       verwitwet

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? \_\_\_\_\_

- Ich wohne alleine       mit (Ehe-) Partner  
 mit Kind(ern) alleine       mit (Ehe-)Partner/in und Kind(ern)  
 bei den Eltern       bei anderen Verwandten  
 in einer Wohngemeinschaft       in einer betreuten Einrichtung  
 Wohnheim       andere Wohnsituation

Kinder	Name	Alter
1.		
2.		
3.		
4.		

Leben pflegebedürftige Personen in Ihrem Haushalt?

Wenn ja, Anzahl und Alter: \_\_\_\_\_

Versorgen Sie weitere Angehörige?

Wenn ja, wen und bei welchen Aktivitäten?

- Haushalt       Einkaufen       Spazieren       Gartenarbeit       sonstiges

Sonstige Bezugspersonen

---

Haben Sie Haustiere?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

---

Gibt es Probleme in der Familie oder im nahen sozialen Umfeld (Freundeskreis)? Wenn ja, welche?

Ja

Nein

---

Gibt es familiäre Veränderungen oder Schicksalsschläge in der letzten Zeit?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

---

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

- Mietwohnung \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>  
 Eigentumswohnung \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>  
 Haus \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>  
 Garten \_\_\_\_\_m<sup>2</sup>

### Berufliches Umfeld

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- noch in der Schule       kein Abschluss       Sonderschule  
 Hauptschule       mittlere Reife/ Realschule       Abitur  
 Berufsabschluss       Meister/ Techniker       Fachhochschule/ Uni

Üben Sie zurzeit eine berufliche Tätigkeit aus?

Ja

Nein

Wenn ja

Erlerner Beruf:

\_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit:

\_\_\_\_\_

Arbeitgeber:

\_\_\_\_\_

- in Ausbildung       Arbeitslos       Hausfrau/- Mann  
 Pension/Rente       Erwerbsunfähigkeitsrente       Anderes:  
 Vollzeit       Teilzeit       Gelegenheitsarbeit

Wenn nein

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig geschrieben?

Ja

Nein

Ist eine Wiedereingliederung geplant?

Ja

Nein

Wie ist (oder war) ihr beruflicher Status?

- angestellt       verbeamtet       selbstständig/freiberuflich  
 andere: \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 12 Monaten länger arbeitsunfähig geschrieben? Ja Nein

Wodurch wird der überwiegende Teil Ihres Lebensunterhaltes bestritten?

- Eigene Erwerbstätigkeit       Pension/Rente       Kapitalvermögen  
 Arbeitslosengeld       Stipendium/BAFÖG       Bürgergeld  
 Unterstützung durch Eltern       Unterhalt durch Einkommen des Partners/der Partnerin

Gibt es Probleme /Schwierigkeiten in Ihrem Berufsleben oder in der Ausführung Ihres Berufs? Ja Nein

Wenn ja, welche?

---

### Soziales Umfeld

Werden Sportaktivitäten durchgeführt? Ja Nein

Welche Termine haben Sie regelmäßig? Was an welchem Tag?

- Sportverein       andere Therapien       Verabredung mit Freunden /Bekanntem  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Welchen Hobbys gehen Sie nach? \_\_\_\_\_

Wie und wie lange bewegen sie sich täglich / wöchentlich aktiv?

- Freizeitsport      Zeit: \_\_\_\_\_ min/täglich  
 sonstiges      Zeit: \_\_\_\_\_ min/täglich

Wie hoch ist der tägliche Medienkonsum?

- TV      Zeit: \_\_\_\_\_ min/täglich  
 Playstation      Zeit: \_\_\_\_\_ min/täglich  
 PC      Zeit: \_\_\_\_\_ min/täglich  
 Handy      Zeit: \_\_\_\_\_ min/täglich

Liegt ein Abhängigkeitsverhältnis vor?

- Alkohol       Drogen       Rauchen  
 Spielsucht       weitere: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine(n) oder mehrere Freunde/Freundinnen, mit denen Sie die intimsten Gedanken und Gefühle teilen können?

- Nein       ja       wenige als 5       ja mehr als 5

Wie erleben Sie zurzeit Ihren (engen) Freundes- und Bekanntenkreis?

- eher belastend       eher stützend  
 weder noch       Keine Freunde vorhanden

## Über Sie

Wie würden Sie sich beschreiben?

---

---

Was sind Ihre Stärken? Was können Sie gut? Was schätzen andere besonders an Ihnen?

---

---

---

Wofür interessieren Sie sich? Was machen Sie gerne in der Freizeit?

---

---

Schildern Sie bitte stichpunktartig die Gründe / Alltagsprobleme, die zur Verordnung von Ergotherapie führten:

---

---

Haben Sie eine Vermutung, woher die Schwierigkeiten kommen?

---

---

## Medizinische Anamnese

Diagnose (Verordnung)

---

Nebendiagnosen

---

Liegen Allergien oder chronische Erkrankungen vor?

Ja

Nein

Liegt eine Hör- oder Sehbehinderung vor?

Ja

Nein

Welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden?

---

Hilfsmittel (Brille, Hörgerät...)

---

---

---

Krankenhausaufenthalte:

---

Relevante Operationen:

---

Relevante Unfälle:

---

Weitere Therapien (aktuelle oder abgeschlossene, wann und bei wem?)

---

---

Wie oft waren Sie wegen körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten beim Arzt?

gar nicht

einmal

2-3

4-10

mehr als 10

Wie oft wurden Sie wegen körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus behandelt?

---

In welchen BEREICHEN sind Sie am MEISTEN eingeschränkt?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alltag          | <input type="checkbox"/> Körperhygiene | <input type="checkbox"/> Nahrungszubereitung /-aufnahme |
| <input type="checkbox"/> An & Auskleiden | <input type="checkbox"/> Haushalt      | <input type="checkbox"/> Sozialleben / Freizeit         |

Bisherige Erfahrungen mit Ergotherapie: \_\_\_\_\_

Welche Ziele wurden erreicht? \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitsfragen

Gab es (falls bekannt) bei der Schwangerschaft Ihrer Mutter oder bei Ihrer Geburt Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Zangengeburt o.ä.)?

Die Schwangerschaft war  problematisch  unproblematisch

Gründe: \_\_\_\_\_

Gab es Probleme in der kindlichen Entwicklung? \_\_\_\_\_

Liegt eine oder mehrere folgenden (Verdachts-) Diagnosen vor?

Störung der in Tonusregulation (z.B. Lähmungen)	Ja	Nein
Störung der Haltungs-Bewegungsmuster (z.B. MS/Parkinson)	Ja	Nein
Gang- Unsicherheiten	Ja	Nein
Störungen im Bereich der Grob- und Feinmotorik	Ja	Nein
Stürze (häufiger)	Ja	Nein
Störungen im Bereich Körperwahrnehmung	Ja	Nein
Riechen, Hören, Schmecken eingeschränkt	Ja	Nein
Sehstörungen	Ja	Nein
Sensibilitätsstörungen	Ja	Nein
Einschränkungen Alltagsaktivität im Hinblick auf persönliche, häusliche und berufliche Tätigkeit	Ja	Nein
Störungen der Grundstimmung (Depression, Burn-Out)	Ja	Nein
Störungen im Bereich des Antriebs, Motivation, Belastung, Ausdauer, Flexibilität, Tagestrukturierung	Ja	Nein
Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit eingeschränkt	Ja	Nein
Wortfindungsstörungen oder weitere Störung der Kommunikation	Ja	Nein
Schlafprobleme	Ja	Nein
Kopfschmerzen	Ja	Nein
Schwindel	Ja	Nein
Magen- oder Bauchbeschwerden	Ja	Nein
Rückenschmerzen	Ja	Nein

Atemnot, in Ruhe oder Belastung	Ja	Nein
Herzbeschwerden	Ja	Nein
Problematiken im Bereich der Krankheitsverarbeitung	Ja	Nein
Lese-Rechtschreib-Störung (LRS)	Ja	Nein
Rechenstörung (Dyskalkulie)	Ja	Nein
Störungen des Sozialverhaltens	Ja	Nein

**Beschwerden Einschätzung**

Wann sind Ihre Probleme/Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten?

---

Wie oft leiden Sie unter Ihren Beschwerden?

---

Wie stark sind Ihre Beschwerden? (0=Keine Beschwerden, 10= extreme Beschwerden)

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Wie lange dauern Ihre Beschwerden im Fall des Auftretens an?

---

Zu welcher Tageszeit oder in welcher Situation treten Ihre Beschwerden auf?

---

Zu welcher Tageszeit oder in welcher Situation treten Ihre Beschwerden auf?

---

Mobilität und Motorik	4	3	2	1	0	Bemerkungen
Sich sicher und geschickt bewegen						
Sich in angemessenem Tempo bewegen						
Sich ausdauernd bewegen						
Neue Bewegungen umsetzen						
Kraft gut anpassen						
Treppen steigen						
Auf ebenem Grund laufen						
Auf Schrägen laufen						
Fahrradfahren						
Auto fahren						
Aufrecht sitzen						
Eindeutig rechts- und linkshändig						
Auto fahren						
Stift geschickt führen						
Kognitive Funktionen	4	3	2	1	0	Bemerkungen
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						

0 unproblematisch

1 Probleme leicht ausgeprägt

2 Probleme mäßig ausgeprägt

3 Probleme erheblich ausgeprägt

4 Probleme voll ausgeprägt

Emotionale und sozioemotionale Funktion	4	3	2	1	0	Bemerkungen
Grundstimmung						
Selbstregulation						
Kontaktverhalten						
Kommunikation						
Umgang mit Regeln						
Frustrationstoleranz						
Selbstwertgefühl						
Leistungsbereitschaft						
Aktivitäten des Alltäglichen Lebens	4	3	2	1	0	Bemerkungen
Aufstehen						
Hygiene /Waschen						
Anziehen /Ausziehen						
Schleife binden						
Essen						
Umgang mit Besteck						
Essen zubereiten						
Teilnahme am Arbeitsleben						

0 unproblematisch

1 Probleme leicht ausgeprägt

2 Probleme mäßig ausgeprägt

3 Probleme erheblich ausgeprägt

4 Probleme voll ausgeprägt

Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen oder hatten Sie jemals die feste Absicht, sich das Leben zu nehmen?

Nein

ja einmal

ja, mehrmals

Haben Sie Angst allein aus dem Haus zu gehen?

Ja

Nein

Fühlen Sie sich niedergeschlagen oder traurig?

Ja

Nein

Haben Sie das Gefühl, wertlos zu sein?

Ja

Nein

Haben Sie Angst sich in eine Menschenmenge zu begeben?

Ja

Nein

Haben Sie Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe?

Ja

Nein

Fehlende Interessen und geringe Freude an Ihrer Tätigkeit?

Ja

Nein

Das Gefühl von Schwere in Armen und Beinen?

Ja

Nein

Schmerzen in Muskel oder Gelenken?

Ja

Nein

Das Gefühl von Hoffnungslosigkeit?

Ja

Nein

Vermehrte Rücken- / Kopfschmerzen / Magen-Darmbeschwerden?

Ja

Nein

Haben Sie Schwierigkeiten, ...

...ändern Menschen Ihre Gefühle zu zeigen?

Ja

Nein

... Ihre wichtigen Anliegen bestimmt durchzusetzen?

Ja

Nein

...andere wissen zu lassen, dass sie wüten / verletzt sind?

Ja

Nein

... jemanden zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll?

Ja

Nein

Haben Sie Angst etwas Falsches zu sagen?

Ja

Nein

## Therapieziel

Bitte versuchen Sie Ihr wichtigstes Ziel für die Therapie zu definieren.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Ergotherapie?

---

---

---

---

---

---

---