

## Anmeldung zur Psychomotorik – Abklärung von

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Geschlecht:	_____
Strasse, Nummer:	_____	PLZ, Ort:	_____
Nationalität:	_____	Erstsprache:	_____
Lehrperson:	_____	Klasse:	_____
Tel. Lehrperson	_____	Schuljahr:	_____
IF-Lehrperson:	_____	Schulhaus:	_____
Tel. IF-Lehrperson:	_____		
Tel. Schulhaus:	_____		

### Von der Lehrperson auszufüllen:

#### Grund der Anmeldung

Wo liegt der Leidensdruck (Kind, Eltern, Lehrperson)?...

#### Beziehungsfähigkeit

Wie verhält sich das Kind zu den Kameraden, zur Lehrperson? Ist es eher Anführer, Mitläufer, Einzelgänger und warum? Ist es oft in Konflikte verwickelt? Kann es Regeln einhalten? Wie holt es sich Beachtung? Fühlt es sich im Klassenverband angesprochen? Kann es sich von Bezugspersonen trennen?...

#### Grobmotorik und Wahrnehmung

Wie bewegt sich das Kind im Schulzimmer, in der Turnhalle (freudig, unsicher, verkrampt, ...)? Hat es einen übermässigen Bewegungsdrang? Kann es altersübliche Fertigkeiten ausführen? Zieht es sich selbständig an? Lässt es sich berühren? Hat es häufig kleine Unfälle (stolpern, anstossen)?...

#### Feinmotorik und Wahrnehmung

Wie ist die Hand- und Fingerbeweglichkeit des Kindes (verkrampt, schlaff, beweglich)? Bastelt, schneidet, klebt es altersgemäss und gerne? Wie geht es mit Schere, Leim, Lego, Ball, um? Gibt es Materialien und Tätigkeiten, welche das Kind meidet? Ist die Handdominanz klar?...

### Grafomotorik und Wahrnehmung

Malt, zeichnet, schreibt das Kind von sich aus? Wie ist die Stifthaltung, Strichführung, sein Druck, Bewegungsfluss und Tempo? Wie sind die Grössenverhältnisse und Formen der Buchstaben? Ist es ungeschickt oder fehlt ihm Erfahrung und Übung? Wechselt es den Stift von einer in die andere Hand?...

### Selbstkonzept

Ist das Kind kleinkindlich, aggressiv, ängstlich, ungeduldig, passiv? Lässt es sich helfen? Wie ist die Einstellung gegenüber Neuem und Veränderungen? Wie ist der Umgang mit Misserfolg und Erfolg? Wie ist seine Selbsteinschätzung und sein Selbstvertrauen?...

### Kognition und Lernverhalten

Arbeitet das Kind konzentriert, ausdauernd, motiviert, sprunghaft, schnell, langsam,...? Setzt es Aufträge richtig, falsch oder unvollständig um? Ist das Kind neugierig, weiss es viel,...? In welchen Fächern liegen die Stärken und Schwächen? Kann das Kind planen, strukturieren und Arbeitsabläufe umsetzen?...

### Ressourcen

Welche Stärken, besonderen Fähigkeiten, Interessen hat das Kind? Kann es seine Stärken im Unterricht zeigen? Haben die Eltern oder weitere Bezugspersonen Zeit, das Kind speziell zu unterstützen?...

### Erwartungen an die Psychomotorik-Therapie

Welches sind die Erwartungen an die Psychomotorik-Therapie? (Beratung der Lehrperson, Beratung aller Bezugspersonen, Therapie für das Kind, Informationen, Schulbesuche,...)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Lehrperson \_\_\_\_\_

**Bitte ausdrucken und zur Ergänzung den Eltern abgeben.**

**Von den Eltern auszufüllen:**

**Weitere Angaben**

Vater, Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mutter, Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Familien- / Betreuungssituation:

Sorgerecht:  Vater und Mutter  Vater  Mutter

Weitere Betreuungsformen:  Tageseltern  Tagesstätte

Geschwister:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kinderarzt / Kinderärztin: \_\_\_\_\_

**Familien mit Migrationshintergrund:**

In der Schweiz seit: \_\_\_\_\_

Wer emigrierte zuerst?  Vater  Mutter  Eltern  ganze Familie

Deutschverständnis der Eltern:  sehr gut  gut  mässig  Übersetzung nötig

**Grund der Anmeldung**

Wo liegt der Leidensdruck (Kind, Eltern, Lehrperson)?...

---

---

---

**Bisherige Massnahmen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Abklärungen, Massnahmen**

Welche Abklärungen haben schon stattgefunden? Welche unterstützenden Massnahmen bekam das Kind schon und in welchem Zeitrahmen (andere Therapien, Gruppen, Behandlungen, Medikamente, HPSH, IF,...)? Welche Massnahmen bekommt es zurzeit oder sind geplant?...

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Anmerkungen der Eltern**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wir sind mit der Anmeldung einverstanden:

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Vater: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Mutter: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das Formular Unterschrieben an:

Psychomotorik-Therapiestelle  
Schuldienste  
Schulhaus Seematt 2  
6403 Küssnacht

Tel. 041 850 12 83