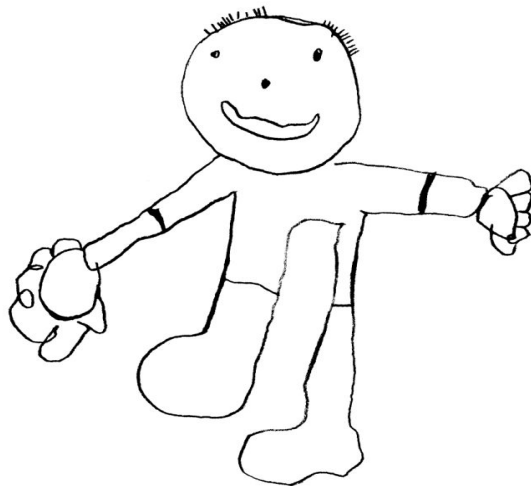


# THERAPIESTELLE FÜR PSYCHOMOTORIK WINTERTHUR-LAND

Gertrudstrasse 17, 8400 Winterthur / 052 213 39 08 / info@pmtwl.ch

## ANMELDEFORMULAR



Mit diesem Formular haben Eltern und Lehrkräfte die Möglichkeit, ein Kind für eine Psychomotorik-Abklärung anzumelden.

Die Anmeldung ist vollständig, wenn die Eltern, die Lehrperson und die Schulleitung mit Ihrer Unterschrift das Einverständnis gegeben haben.

**Um die notwendige Transparenz zu gewährleisten, empfehlen wir, das Formular so auszufüllen, dass die Eltern und die Lehrperson die Einträge voneinander sehen.**

Mit dem Ausfüllen des Anmeldeformulars leisten Sie wertvolle Mithilfe, damit wir das Kind möglichst in seiner Ganzheit und Einmaligkeit verstehen können. Alle Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt.

## **BEOBACHTUNGEN ZUM VERHALTEN DES KINDES ZU HAUSE / IN DER SCHULE BZW. IM KINDERGARTEN**

Welche Aktivitäten / Spielsituationen bevorzugt das Kind? Was verweigert es?

---

---

Wie nimmt es Beziehungen auf und wie ist es integriert zu Hause / in der Schule bzw. Kindergarten?

---

---

Wie geht es mit Nähe / Berührung um, wie mit Schmerzen?

---

---

Umgang mit Schwierigkeiten: Allfällige Kompensation (Clownerie, Erzähldrang, Anfälle, Bettnässen, Tics...)

---

---

Sprachverhalten

---

---

Funktionieren der Sinnesorgane

---

---

Zusätzliche Beobachtungen und Bemerkungen

---

---

Aus welchen Gründen wünschen Sie eine Psychomotorik- Abklärung?

---

---

Haben schon besondere ärztliche oder psychologische Untersuchungen und Behandlungen stattgefunden, bzw. andere Therapien?  
Nein / ja, welche, weshalb und wann?

---

---

## GROBMOTORIK

Zutreffendes ankreuzen: u = unauffällig / a = auffällig

	Eltern		Lehrperson	
	u	a	u	a
Rennen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprünge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewicht.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplexe Bewegungen (Seilspringen, Hampelmann, Fangspiele, Klettern, Parcours.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungen bei emotionaler Beteiligung (Spiel, Wettkampf, Zurechtweisung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperspannung: schlaff, unauffällig, angespannt

(Zutreffendes unterstreichen: Eltern mit **rot**, Lehrpersonen mit **blau**)

## RAUMORIENTIERUNG

	Eltern		Lehrperson	
	u	a	u	a
Zurechtfinden vorne / hinten, links / rechts, oben / unten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finden von Dingen im Raum, in Kästen, usw.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brems- und Ausweichreaktionen beim Spiel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FEINMOTORIK

HANDMOTORIK	Eltern		Lehrperson	
	u	a	u	a
Präzises Arbeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination der Hände.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkrampfung der Hände.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern der Hände.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planen und Organisieren von Handlungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLTAGSBEWEGUNGEN	Eltern		Lehrperson	
	u	a	u	a
Knöpfe, Reissverschlüsse öffnen und schliessen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gegenstand tragen (Wasserbecher, Geschirr.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleistift spitzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneiden mit Schere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuhe binden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit dem Ball.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Besteck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GRAFOMOTORIK

(Zutreffendes unterstreichen: Eltern mit **rot**, Lehrpersonen mit **blau**)

Schreibt: rechts, links, unentschieden

Stifthaltung: mit 3 Fingern, 4 Fingern, Faust; locker, verkrampft

Schreibdruck: stark, unauffällig, schwach

Schreibtempo: langsam, unauffällig, schnell

Bewegungsablauf: fließend, häufig neu angesetzt, eckig, zittrig, ausfahrend

Formwiedergabe: genau, ungenau

Körperhaltung: .....

## PERSONALIEN

KIND:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Nationalität:	Muttersprache:

## ERZIEHUNGSVERANTWORTLICHE:

Mutter	Vater
Name/Vorname:	Name/Vorname:
Adresse:	PLZ/Wohnort:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
Email:	Natel:
Ist für das Abklärungsgespräch eine Übersetzung erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

## GESCHWISTERREIHE:

Name:	Jahrgang:	Name:	Jahrgang:

## SCHULE:

Schulgemeinde:	Schulhaus:
Lehrperson:	Klasse:
Tel. Schule:	Tel. Lehrperson:
	Mail Lehrperson:

Datum und Unterschrift der Eltern:

Datum und Unterschrift der Lehrperson:

Datum und Unterschrift der Schulleitung: