Gemeinde Ingenbohl

Psychomotorik–Therapiestelle

Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten nicht zur Einsicht an Drittpersonen weitergegeben, ausser der Schulleitung. Die Zuweisung für die Therapie erfolgt gemäss Volksschulverordnung (II.Sonderpädagogisches Angebot der Schulträger §10) in Absprache mit der Schulleitung.

Kind

Vorname		Nachname	
Strasse		PLZ / Ort	
Geb.-Datum		Geschlecht	weiblich männlich
Nationalität		Klasse	
Muttersprache		Zweit-sprache(n)	

Mutter

Vorname		Nachname	
Mobile-Nr.		E-Mail	

Vater

Vorname		Nachname	
Mobile-Nr.		E-Mail	

Erziehungsberechtigte

- Kontakt bevorzugt mit: Mutter Vater beiden Erziehungsberechtigten
- Braucht es für die Kommunikation einen Dolmetscher? ja nein
  Wenn ja, welche Sprache?

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen:

- Das Kind wurde schulpsychologisch, logopädisch, kinderärztlich, kinderpsychiatrisch abgeklärt.
- Hat das Kind verstärkte Massnahmen (IS)? ja nein
- Hatte das Kind bereits früher Therapien oder Unterstützung? ja nein
  Wenn ja, welche?
- Ist das Kind zurzeit noch in einer anderen Therapie? ja nein
  Wenn ja, welche und bei wem?

Welche Schwierigkeiten führen zur Anmeldung?

Was wurde bisher unternommen, um das Kind bei seinen Schwierigkeiten zu unterstützen?

In welchen Situationen treten die Schwierigkeiten nicht auf?

Welche Stärken und Ressourcen beobachten Sie beim Kind?

Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Psychomotorik?

Woran würden Sie erkennen, dass die Unterstützung der Psychomotorik geholfen hat?

Was wünschen Sie sich für das Kind?

Die Erziehungsberechtigten stimmen einem für das Kind förderlichen Austausch zwischen der Psychomotorik-Therapeutin und den weiteren Bezugspersonen (Lehr- und Fachpersonen) innerhalb der Gemeindeschule Ingenbohl zu. Dieser Austausch dient der gemeinsamen Unterstützung und Förderung des Kindes. ☐ ja ☐ nein

Wir sind mit dieser Anmeldung für eine psychomotorische Abklärung einverstanden:

Datum		Datum	
Unterschrift Erziehungs-berechtigte		Unterschrift Lehrperson	

Die Psychomotorik-Therapiestelle führt eine Warteliste. Die Erziehungsberechtigten und das Kind werden telefonisch zur detaillierten Bedarfsabklärung eingeladen, sobald ein freier Platz in Aussicht steht.

Fragebogen

Bitte ausgefüllt der Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung beilegen.

Gemeinde Ingenbohl
psychomotorik
THERAPIESTELLE

Name des Kindes

Tritt ein Problemverhalten gehäuft und über längere Zeit auf, so könnte dies ein Hinweis für eine Psychomotorik-Therapie sein. Zu beachten sind immer auch der Leidensdruck des Kindes und des Umfeldes, sowie die Leistungsanforderungen an das Kind.

Grobmotorik und Wahrnehmung Das Kind…	**immer**	**oft**	**selten**	**nie**
...vermeidet oder verweigert bestimmte Tätigkeiten.				
...hat einen übermässigen Bewegungsdrang.				
...führt Bewegungen zaghaft und ängstlich aus.				
...hat Mühe, altersübliche Fertigkeiten zu erlernen und auszuführen (z.B. klettern, hüpfen, herunterspringen, Velo fahren, Ball spielen, balancieren).				
...hat häufig kleine Verletzungen und Unfälle (z.B. stolpern, sich anstossen).				
...hat Schwierigkeiten, sich selbständig anzukleiden.				
...lässt sich nur ungern berühren.				
...fühlt sich oft nicht angesprochen.				
...hat Mühe, Farben und Formen (und Buchstaben**) zu unterscheiden.				

*** betrifft nur Schulkinder*

Zusätzliche Beobachtungen und Informationen:

Fein- / Grafomotorik und Wahrnehmung Das Kind…	**immer**	**oft**	**selten**	**nie**
...hat Mühe, mit der Schere zu schneiden.				
...hat Mühe bei der Handhabung von kleinen, feinen Spielzeugen.				
...zeichnet und bastelt ungern.				
...hat eine ungünstige Stifthaltung.				
...wechselt den Stift von der linken zur rechten Hand oder umgekehrt.				
...schreibt langsam und verkrampft.**				
...schreibt schnell und überstürzt.**				
...macht zittrige und eckige Buchstaben.**				
...hat Mühe, die Linien einzuhalten.**				

*** betrifft nur Schulkinder*

Zusätzliche Beobachtungen und Informationen:

Sozialverhalten und Selbstkonzept Das Kind…	**immer**	**oft**	**selten**	**nie**
...wird von anderen ausgeschlossen oder ausgelacht oder eckt an.				
...ist isoliert von den anderen Kindern, hat wenig Freunde, zieht sich zurück.				
...kann sich nur schwer von Eltern / Bezugspersonen trennen.				
...bestimmt gerne, kann sich schwer anpassen und unterordnen.				
...ist in Konflikte verwickelt.				
...zeigt aggressive Reaktionen.				
...zeigt kleinkindliches Verhalten.				
...hat Mühe, Regeln einzuhalten.				
...lässt sich nicht gerne helfen.				
…hat für sein Alter ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche.				
…weint.				
…traut sich nicht viel zu.				
…gibt schnell auf.				
…steht Neuem ablehnend gegenüber.				

Zusätzliche Beobachtungen und Informationen:

Denken und Lernverhalten Das Kind…	**immer**	**oft**	**selten**	**nie**
...hat Mühe, sich zu konzentrieren.				
...arbeitet langsam.				
...ermüdet schnell.				
…vergisst Alltägliches.				
…ist oft gelangweilt.				
…scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere es ansprechen.				
...beachtet bei Schularbeiten** oder anderen Tätigkeiten keine Einzelheiten.				
...macht häufig Flüchtigkeitsfehler.**				
…verdreht Ziffern und Buchstaben beim Schreiben.**				

*** betrifft nur Schulkinder*

Zusätzliche Beobachtungen und Informationen:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Lehrperson Mutter Vater Erziehungsberechtigten und Lehrperson

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten nicht zur Einsicht an Drittpersonen weitergegeben, ausser der Schulleitung. Die Zuweisung für die Therapie erfolgt gemäss Volksschulverordnung (II.Sonderpädagogisches Angebot der Schulträger §10) in Absprache mit der Schulleitung.