Ergotherapie
Elisabeth Fötschl bewegt

Name des Kindes:

Geburtsdatum: Krankenkassa:

Wohnadresse: Telefonnummer:

Therapiebeginn:

Diagnose:

Zuweisender Arzt / Ärztin: andere Ärzte:

Abklärungen:
Entwicklungspädiatrisch Schulpsychologische Neurologische Augen/Ohren

Bekannte Erkrankungen:
Allergien Epilepsie Mittelohrentzündung OP

Medikamente:
Ritalin: andere:

---

andere Therapien
früher: Tel.:

momentan: Tel.:

Kindergarten / Schule:
Kontaktpersonen: Tel.:

Familiäres Umfeld / Freunde:

Freizeitgestaltung / Vereine:

Ergotherapie
Elisabeth Fötschl
bewegt

Schwierigkeiten / Probleme:

Stärken und Interessen:

Auffälligkeiten oder Komplikationen vor / während / nach der Geburt:

Wünsche / Fragen / Erwartungen an die Ergotherapie

Termin / Kontakte / Abklärungen: