

Therapie-Fragebogen für Ihr behindertes Kind

BITTE ALLES VOLLSTÄNDIG UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN !

.....
Name des Kindes Geburtsdatum

Adresse:

.....
Straße

.....
Postleitzahl, Ort, Kreis

Art der Behinderung (ausführliche Darstellung, ggf. Rückseite verwenden):

.....
.....
.....

Kann Ihr Kind sprechen? Ja Nein Kann Ihr Kind selbstständig gehen? Ja Nein
Ist Ihr Kind stark sehbehindert / blind? Ja Nein Ist Ihr Kind lärmempfindlich? Ja Nein
Wird Ihr Kind beschult? Ja Nein

.....
Wenn ja, seit wann und wo? Welches Schuljahr?

Wird Ihr Kind krankengymnastisch behandelt? Ja Nein

.....
Wenn ja, seit wann? Von wem?

Nach welcher Methode ? (bitte unterstreichen): Bobath / Vojta / Craniosacrale Therapie

Wird Ihr Kind noch anderweitig behandelt (z.B. therapeutisches Reiten, Schwimmen)?

.....
Ist Ihr Kind schon einmal in stationärer Behandlung gewesen? Ja Nein

.....
Wenn ja, wann und wo?

Welche Interessen hat Ihr Kind?

.....

Sonstige Bemerkungen:

.....

Haben Sie bereits an einem Therapeutischen Lehrgang des LVKM-SH. teilgenommen? Ja Nein

Wenn ja, wann? Datum Unterschrift eines Elternteils