

THERAPIEFRAGEBOGEN

Liebe Eltern und Angehörige!

Sie haben Ihr Kind _____ geboren am _____
im Autismuszentrum Sonnenschein zur Therapie angemeldet.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen ausführlich. Sie helfen uns damit, ein optimales Therapieangebot für Ihr Kind zu erstellen.

<p>1. Was möchten Sie, dass Ihr Kind erreicht?</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ <p style="margin-left: 20px;">Was wünscht sich Ihr Kind?</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ 		
<p>2. Was erschwert den Alltag mit Ihrem Kind?</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ 		
<p>3. Was erleichtert den Alltag mit Ihrem Kind?</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ 		
<p>4. Welche Erwartungen und Wünsche haben Sie an die Therapie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ 		
<p>5. Welche Therapien hatte Ihr Kind bisher? *</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ 	<p>Wann?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p>Wo?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>

* Z.B: Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, Psychologische Diagnostik, Frühförderung, etc.