

## Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung

Angaben zum Kind	
Name, Vorname	
Geschlecht	
Strasse / Wohnort	
Geburtsdatum	
Muttersprache	

Angaben zu den Eltern / Erziehungsberechtigten			
Name & Vorname des Vaters			
Sprache / Beruf			
Name & Vorname der Mutter			
Sprache / Beruf			
Telefonnummern	P	G	M
E-Mail Adresse			

Weitere Angaben:			
Einstufung		in	
Kindergärtnerin / Lehrperson			
Telefonnummern & Email	G	M	Mail
Kinderarzt			
Involvierte Fachpersonen			

Grund der Anmeldung / Beobachtungen / Beschreibungen:	
Motorischer Bereich: <ul style="list-style-type: none"> <li>Grobmotorik (Koordination, Gleichgewicht)</li> <li>Feinmotorik (Schneiden, Kneten, Basteln)</li> </ul>	

## Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung

<ul style="list-style-type: none"><li>• Grafomotorik (Stifthaltung, Strichführung)</li></ul>	
Wahrnehmungsbereich: <ul style="list-style-type: none"><li>• Visuell</li><li>• Auditiv</li><li>• Taktil-kinästhetisch</li><li>• Räumlich</li></ul>	
Spielverhalten: <ul style="list-style-type: none"><li>• Alleine</li><li>• In der Gruppe</li></ul>	
Emotional Verhalten: <ul style="list-style-type: none"><li>• Frustrationstoleranz</li><li>• Selbstbewusstsein / Mut</li><li>• Ängste / Aggressionen</li></ul>	
Sozialverhalten: <ul style="list-style-type: none"><li>• Kontakt</li><li>• Kooperation</li><li>• Konflikte</li></ul>	
Weitere Beobachtungen bezüglich: <ul style="list-style-type: none"><li>• Selbstständigkeit</li><li>• Arbeitshaltung / Motivation</li><li>• Aufmerksamkeit / Konzentration</li></ul>	
Besteht ein Leidensdruck?	

## Anmeldung zur psychomotorischen Abklärung

Anmeldung			
Name, Adresse des Anmelders			
Telefonnummern	P	G	M
E-Mail Adresse			

Datum, Unterschrift des Anmelders

---

Ich erkläre mich mit der Anmeldung zur Abklärung und dem fachlichen Austausch mit den involvierten Fachpersonen in Bezug auf die Abklärung durch die Psychomotorik-Therapeutin einverstanden.

Datum, Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten

---

Nach Eingang dieser Anmeldung werden die Eltern zur Abklärung eingeladen.

Den ausgefüllten Anmeldebogen senden an:

Verena Ramsauer  
Bereichsleitung  
Therapie Im Kresta 2  
9494 Schaan