

**Anmeldung zur Psychomotorik Abklärung**

Gemeinde Schwyz  
 Schulhaus Lücken 2  
 Schmittmattstrasse 14, 6430 Schwyz  
 Telefon 041 818 70 77

Datum:.....

Name, Vorname:		Geb. des Kindes:	
Name, Vorname des Vaters:			
Tel.:		Natel:	E-Mail:
Adresse des Vaters:			
Name, Vorname der Mutter:			
Tel.:		Natel:	E-Mail:
Adresse der Mutter:			
Wohn- und Familiensituation:		Muttersprache:	
Lehrperson:			
Tel.:		Natel:	E-Mail:
Erreichbarkeit der Lehrperson:			
HeilpädagogIn:			
Klasse:	Schulhaus:		Tel.:
Ist das Kind schulpsychologisch untersucht worden? Wann? Bei wem? .....			
Besucht(e) das Kind andere Therapien? .....			
Name des/der Kinderarztes / Kinderärztin: .....			

1. Welche Schwierigkeiten führen zur Anmeldung?

2. Welche Stärken / Ressourcen beobachten Sie?

3. In welchen Situationen treten die Schwierigkeiten nicht auf?

4. Welche Erwartungen haben Sie an die Psychomotorik Therapiestelle? (z.B. Beratung der Lehrperson, Beratung aller Bezugspersonen, Therapie für das Kind, Informationen, Schulbesuch usw.)

5. Was wünschen Sie sich für das Kind?

**Die Eltern sind mit einer Psychomotorik Abklärung einverstanden! Die Eltern melden sich selber bei der Therapiestelle für einen Erstkontakt.**

Unterschrift der Eltern

Unterschrift der Lehrperson

---

Das Formular wurde ausgefüllt von: (Zutreffendes ankreuzen)  
 Lehrperson    Mutter    Vater    Lehrperson und Eltern    .....

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

Name, Vorname:.....

Datum: .....

Gemeinde Schwyz

**Fragebogen** (Betreffendes Feld bitte ankreuzen  )

Tritt ein Problemverhalten gehäuft und über längere Zeit auf, so könnte dies ein Hinweis für eine Psychomotorik Therapie sein. Zu beachten ist immer auch der Leidensdruck des Kindes und dem Umfeld, 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, herunter springen, 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				

Zusätzliche Beobachtungen:

---



---

**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				
...schreibt langsam und verkrampft*				
...schreibt schnell und überstürzt*				
...schreibt mit sehr wenig Druck*				
...macht zittrige und eckige Buchstaben*				
...hat Mühe, die Linien einzuhalten*				
...hat eine ungünstige Stifthaltung				
...wechselt den Stift von der linken zur rechten Hand oder umgekehrt				
...zeichnet und bastelt ungern				

Zusätzliche Beobachtungen:

---



---

\*die Frage betrifft Kinder im Schulalter

**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:

---



---

**Denken und Lernverhalten**  
Das Kind...

	immer	oft	selten	nie
...hat Mühe, sich zu konzentrieren				
...arbeitet langsam				
...ermüdet schnell				
...beachtet bei Schularbeiten* oder anderen Tätigkeiten Einzelheiten nicht				
...macht häufig Flüchtigkeitsfehler*				
...setzt Aufträge falsch, gar nicht oder unvollständig um				
...vergisst Alltägliches				
...ist oft gelangweilt				
...scheint häufig nicht zuzuhören, wenn andere es ansprechen				
...verdreht Ziffern und Buchstaben beim Schreiben*				

Zusätzliche Beobachtungen:

---



---

\*die Frage betrifft Kinder im Schulalter

**Weitere Bemerkungen / Informationen:**

---



---

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Lehrperson    Mutter    Vater    Lehrperson und Eltern    .....

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