**Psychomotorik**

[ ]  Verlaufsbericht

[ ]  Speziell für       (z.B. Ärztin/Arzt, Überweisung, etc)

**Angaben des Kindes oder der/des Jugendlichen**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Adresse |  |
| Gesetzliche Vertretung |       |
| Schule oder andere Institution |       |
| Schuljahr |       |
| Aktuelle Lehrperson-en |       |
| Falls vorhanden med. Diagnose + behandelnde/r Ärztin/ Arzt |       |
| Frühere oder aktuelle Massnahme |       |

# Kurze Beschreibung der psychomotorischen Begleitung

## Art der psychomotorischen Begleitung (Setting, Dauer, Intensität), wichtige Daten, erreichte und bleibende Therapieziele

# Kurze Beschreibung der aktuellen Situation des Kindes oder der/des Jugendlichen

## Entwicklung der Schülerin/des Schülers (Testresultate/klinische Beobachtungen, Auswirkungen auf den Alltag und den schulischen Kontext), Evaluation der Zusammenarbeit (Familie, Schule, weitere Fachpersonen)

# Aktuelle Fragestellungen und aktualisierte Therapieschwerpunkte

# Formalisierung der psychomotorischen Massnahmen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Datum Start | Datum Ende | Form der Begleitung |
| [ ]  | Einzeltherapie |       |       |       |
| [ ]  | Gruppentherapie |       |       |       |
| [ ]  | Beratung/Coaching |       |       |       |
| [ ]  | Andere |       |       |       |

1. **Leistungserbringer/in**

Schuldienst/Institution:

Für die Therapie verantwortliche Psychomotoriktherapeutin / verantwortlicher Psychomotoriktherapeut :

Ort, Datum; Unterschrift:

\*\*\*

Schuldienst/Institution:

Abteilungsleiterin/Abteilungsleiter:

Ort, Datum; Unterschrift:

**Anhang**

**—**

**Kopie**

**—**