

Psychomotorik
Therapiestelle
Churerstrasse 9
8808 Pfäffikon /SZ

Ärztliches Attest für Anmeldung Psychomotorik Abklärung

Nachname	Vorname des Kindes	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geb. Datum
Strasse / Nr.	PLZ/Ort		

Letzte Entwicklungsbeurteilung

Durchgeführte Tests

Befund/Beurteilung

(Grob-,Fein- und Grafomotorik, Gleichgewicht, Koordination, Wahrnehmung, Handlungsplanung, Beziehungsebene, Verhalten)

Kann eine neurologische Ursache ausgeschlossen werden? ja nein

Ist eine telefonische Kontaktaufnahme vor oder nach der psychomotorischen Abklärung durch das Therapiepersonal erwünscht? ja nein

Datum, Unterschrift

Stempel

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterstehen dem Datenschutz.