


















Logbuch

Bezeichnung der Fördermaßnahme	Ergotherapie						
Datum/Uhrzeit	25.01.2021						
Adresse	Musterstraße 32, 12345 Musterstadt						
Behandelnder Arzt, Therapeut, etc.	Frau Mustermann						
Dauer	45 Minuten						
Allgemeines Befinden des Kindes	Vor der Behandlung:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Wenige Minuten nach der Behandlung:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Besondere Bemerkungen	Vertretung durch Frau Mustermann 2						
	Mein Kind fühlte sich eher verklemmt der anderen Therapeutin gegenüber						
Das eigene Bauchgefühl nach der Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Bezeichnung der Fördermaßnahme	Logopädie						
Datum/Uhrzeit	28.01.2021						
Adresse	Musterstraße 23, 12345 Musterstadt						
Behandelnder Arzt, Therapeut, etc.	Herr Mustermann						
Dauer	45 Minuten						
Allgemeines Befinden des Kindes	Vor der Behandlung:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Wenige Minuten nach der Behandlung:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Besondere Bemerkungen	Vor der Behandlung freut sich mein Kind wie gewohnt, sehr über diese Behandlung						
Das eigene Bauchgefühl nach der Behandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	