

# Fragebogen für Eltern und Erzieherinnen und Erzieher

Liebe Eltern,

damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild vom visuellen Wahrnehmungs-Problem Ihres Kindes machen können, brauchen wir Ihre Unterstützung. Bitte beantworten Sie den folgenden Fragebogen möglichst vollständig. Markieren Sie zutreffende Antworten oder kreuzen Sie entsprechende Ziffern an.

Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sprechen Sie uns an!

Das Erstgespräch und die Erstmessung werden etwa 60 Minuten in Anspruch nehmen.

Bitte sorgen Sie dafür, dass mindestens ein Elternteil während dieser Zeit mit dabei sein kann.

Vor- und Nachname des Kindes	evt. Spitz- oder Rufname	Geburtsdatum
Anschrift		
Kindergarten	Ort	
Name der Erzieherin / des Erziehers	Name der Kindergarten-Begleitung (bei Bedarf):	
Geschwisterkind(er)	Alter	Geschlecht
Mutter	Beruf	Tel. Nr.
Anschrift	Email	
Vater	Beruf	Tel. Nr.
Anschrift	Email	

## GRUND DES BESUCHS

- Plötzliche Sehverschlechterung       Anstrengungsbeschwerden       Sehstörungen       Sonstiges

Empfehlung / Überweisung durch: .....

## VORGESCHICHTE / AUGEN

War Ihr Kind bereits beim Augenarzt?       Ja       Nein      Wann zuletzt? .....

Behandelnder Arzt ..... Mit welchem Ergebnis? .....

Wurde Ihr Kind schon in einer Sehschule behandelt?       Ja       Nein      von ..... bis .....

Hat Ihr Kind schon Brille / Kontaktlinsen getragen?       Ja       Nein      von ..... bis .....

Wurde schon einmal das rechte / linke Auge abgeklebt?       Ja       Nein      von ..... bis .....

Hatte Ihr Kind Verletzungen oder Operationen an den Augen?       Ja       Nein       rechtes Auge       linkes Auge  
wegen ..... Jahr .....

Hat jemand in der Familie visuelle Probleme?       Ja       Nein      Wer? .....  
Welche? .....

## HABEN SIE, ODER JEMAND ANDERES VIELLEICHT, SCHON FOLGENDES BEOBACHTET?

- 1 Ja   
  2 Nein   
  3 manchmal   
  4 weiß nicht

### Augen

... schauen bei Müdigkeit nicht immer geradeaus 1 | 2 | 3 | 4

Ein Auge dreht weg >  rechtes  linkes Auge  nach innen  nach außen  nach oben  nach unten

Mein Kind ...

kneift die Augen zu, um besser sehen zu können				
schließt ein Auge oder versucht, es zu verdecken (Kappe, Haare, Hand)				
reibt sich öfter die Augen, rollt oder verdreht die Augen				
blinzelt auffällig oft				
hat häufig gerötete Augen				
hat oft trockene oder brennende Augen				
hat eher leicht tränende / wässrige Augen				
ist relativ lichtempfindlich				
Mir scheint, dass mein Kind in die Ferne / in der Nähe nicht so gut sieht				
Mir scheint, dass mein Kind mit dem rechten / linken Auge nicht so gut sieht				

In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein visuelles Wahrnehmungs-Problem zu haben? .....

Klagt Ihr Kind über Sehprobleme?  Ja  Nein Inwiefern? .....

### Kindergarten

Mein Kind ...

spielt öfter den „Kindergarten-Kasper“ oder verhält sich auffällig				
stellt anderen Kindern gern das Bein, berührt oder stößt sie gerne				
sieht Buchstaben zeitweise doppelt				

In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten? .....

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?  Ja  Nein  unterschiedlich

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Kindergarten?  Ja  Nein

Wenn ja, welcher Art? .....

## HABEN SIE, ODER JEMAND ANDERES VIELLEICHT, SCHON FOLGENDES BEOBACHTET?

1 Ja    2 Nein    3 manchmal    4 weiß nicht

### Basteln / Malen

Mein Kind ...	1	2	3	4
hat Probleme beim Ausmalen von Bildern, Ausschneiden von Figuren, etc.				
hat Probleme, einfache Muster nachzulegen / nachzustellen				
hält wenig Abstand beim Malen / Bilderbuch anschauen, etc.				
dreht den Kopf beim Malen / Bilderbuch anschauen, etc.				
malt ungern farbig oder wenn, dann dunklere Farben				
hat Probleme, Farben richtig zu benennen				
legt das Blatt beim Malen schräg				
malt oder bastelt insgesamt nicht gerne				
ist ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadeln, usw.)				
hat Probleme beim Ausmalen / Ausschneiden				

Sonstiges: .....

### Spiele

Mein Kind ...				
spielt nur ungern mit normalen, glatten Bauklötzen				
bevorzugt Duplo / Legosteine / Steckspiele etc.				
puzzelt nicht gerne				
bevorzugt beim Spielen dunklere Ecken				
möchte möglichst oft draußen sein, „herumtollen“				
ist eher ein Stubenhocker				
zieht sich gerne zurück, spielt lieber alleine				

Mein Kind darf mit dem Smartphone / Tablet / Spielkonsole spielen?  Ja  Nein

Wie oft (pro Tag / Woche)? ..... Wie lange jeweils? .....

Sonstiges: .....

### Ernährung

Mein Kind trinkt hauptsächlich / am liebsten ..... / ..... tägliche Menge (ca.) .....

isst gerne Süßes  Ja, am liebsten tägliche Menge (ca.) .....  Nein

isst gerne Knabberien  Ja, am liebsten tägliche Menge (ca.) .....  Nein

Sonstiges: .....

## Koordination / Bewegung / Motorik

Mein Kind ist >  Rechtshänder /-in  Linkshänder/ -in  Beidhänder /-in  umtrainiert worden  
 noch nicht entschieden

Mein Kind hat allgemein Schwierigkeiten beim >  Rennen  Hüpfen  Schaukeln  Balancieren

Mein Kind ...	1	2	3	4
ist unsicher und / oder ängstlich beim Ball fangen				
verwechselt häufig rechts und links				
ist ängstlich bei Höhenunterschieden				
hat Probleme beim Fahrradfahren / Roller fahren / Dreirad fahren				
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter				
läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden oder Sandkasten)				
geht Treppen nicht alternierend, sondern Stufe für Stufe				
zielt beim Eingießen nicht mittig, legt noch die Flasche auf				
hat allgemein eine schlechte motorische Koordination				
kann die Körper-Balance schlecht halten				
ist ungeschickt bei Spielen wie Mikado, Halma, Domino oder ähnlichen Legespielen				
hat Probleme beim Schuhe binden oder Knöpfen				
schaukelt nicht gerne				
fährt ungern Karussell / Schiffschaukel o.ä.				
eckt öfter an oder stolpert häufig, wirft leicht etwas um				

Sonstiges: .....

## Verhalten / Allgemein

Mein Kind...

mag keine Veränderungen in seinem Umfeld				
sucht häufig etwas, das „vor der Nase“ liegt				
muss alles anfassen, um es erklären zu können				
hat allgemein ein schlechtes Zeitgefühl				
muss überdurchschnittlich häufig auf die Toilette				
verzieht das Gesicht beim Sprechen („grimassiert“)				
zeigt altkluge Verhaltensweisen				
hat Einschlafprobleme				
schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf				
hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen				
kann sich schlecht vorstellen, was gerade erzählt oder vorgelesen wird				
plappert auffällig viel und oft				

Was macht Ihr Kind am liebsten? .....

Und was macht es eher ungern? .....

Hat(te) Ihr Kind Schwierigkeiten, die Uhr zu lernen?  Ja  Nein

## HABEN SIE, ODER JEMAND ANDERES VIELLEICHT, SCHON FOLGENDES BEOBACHTET?

**1** Ja    **2** Nein    **3** manchmal    **4** weiß nicht

### Anstrengung / Ermüdung / Konzentration

Mein Kind ...	1	2	3	4
fragt häufig, ohne eigentlich die Antwort abzuwarten				
kann sich schwer ausdauernd konzentrieren (auch beim Zuhören)				
kann schwer stillsitzen				
fängt ständig neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht				
ermüdet rasch				

Wie äußert sich bei Ihrem Kind Müdigkeit?  schläft problemlos ein     wird zappelig     wird aggressiv  
 wird ruhig     wird laut     redet ständig     zieht sich zurück

Sonstiges: .....

Wie viele Stunden pro Nacht schläft Ihr Kind durchschnittlich? .....

Sonstiges: .....

### Körperliche Beschwerden

Meinem Kind ...	1	2	3	4
wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren				
klagt häufig über Schwindel / Unwohlsein				
hat öfter Bauchweh				
hat öfter Kopfweg				

über der Stirn     im Schläfenbereich rechts     im Schläfenbereich links     am Hinterkopf  
 an den Augen     schon morgens     tagsüber zunehmend     tagsüber abnehmend

Art der Schmerzen:     stechend     diffus     migräneartig

Sonstiges: .....

## Entwicklung / Gesundheit / Therapien

Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf? (z.B. Frühgeburt)  Ja  Nein Welcher Art? .....

Gab es eine normale Geburt (Spontangeburt)?  Ja  Nein, sondern ..... Weshalb? .....

pH-Wert der Nabelschnurarterie (siehe U-Heft): .....

Ist Ihr Kind gekrabbelt?  Ja  Nein ab ..... bis .....

Hat Ihr Kind den sog. Vierfüßlerstand eingenommen?  Ja  Nein

In welchem Alter lief Ihr Kind erstmals? .....

Hat Ihr Kind einen Schnuller genutzt?  Ja  Nein bis zu welchem Alter? .....

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen / Erbkrankheiten / Allergien? .....

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?  Ja  Nein Weshalb? .....

Hatte Ihr Kind schon mal einen Unfall?  Ja  Nein Welcher Art? ..... Wann? .....

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher / alternativ-medizinischer Behandlung?  Ja  Nein Weshalb? .....

Bekommt Ihr Kind derzeit Medikamente? (z.B. Ritalin, Schmerzmittel, etc.)  Ja  Nein Welche? .....

Bekommt Ihr Kind derzeit homöopathische Mittel? ..... Weshalb? .....

Wann hat Ihr Kind die letzte Impfung bekommen? ..... Welche? .....

Gab es anschließend Reaktionen?  Ja  Nein Welche? .....

Hat Ihr Kind Sprachprobleme?  Ja  Nein Welche? .....

Hat Ihr Kind Hörprobleme?  Ja  Nein Welche? .....

Bekommt / Bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien?  Ja  Nein

Logopädie  Ergotherapie  Physiotherapie  Psychotherapie  Sonstige

Schildern Sie bitte kurz Ursache(n), Therapieziele und therapeutische Maßnahmen:  
Therapeut /-in? ..... Dauer von ..... bis .....

**Wir geben unser elterliches Einverständnis für die funktionaloptometrischen Untersuchungen und Messungen.**

Datum ..... Unterschrift .....

**Vielen Dank!**