

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!