

Fragebogen an Eltern und Pädagoginnen und Pädagogen

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		
Schule	Ort	Klasse
Name des Lehrers / der Lehrerin	Name der Schulbegleitung (bei Bedarf):	
Geschwisterkind(er)	Alter	Geschlecht
Mutter	Beruf	Tel. Nr.
Anschrift	Email	
Vater	Beruf	Tel. Nr.
Anschrift	Email	

familiäre Haushaltssituation besteht aus: Mutter Vater Geschwister Großeltern Sonstige

Erziehungsberechtigte Person: alleinerziehend

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, brennende oder juckende Augen

bekommt 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?

Schule

Mein Kind ...

sieht an der Tafel / am Whiteboard / am Projektor / in der Ferne schlecht / verschwommen

hat Schwierigkeiten schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt)

sieht die Tafel / Buchstaben zeitweise doppelt

hat Probleme mit verschwimmender Schrift / tanzenden Buchstaben / unruhiger Schrift

beginnt versetzt zu schreiben

kann nicht gerade schreiben (schreibt schräg nach oben oder unten)

kann nicht korrekt auf der Linie schreiben (schreibt über oder unter der Zeile)

hat eine unregelmäßige Handschrift

verwechselt Buchstaben wie d und b, p und q

kann nicht ruhig sitzen, ist eher „zappelig“

spielt gerne den „Klassen-Kasper“

stellt anderen Kindern gerne ein Bein, berührt oder stößt sie

In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten? und in die 1. Klasse?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule? Ja Nein unterschiedlich

Schwierigkeiten in der Schule? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

Die schulischen Leistungen sind

durchschnittlich überdurchschnittlich unterdurchschnittlich

Welches Schulfach mag Ihr Kind am liebsten?

Welches Schulfach hat Ihr Kind nicht gern?



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

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

Lesen / Basteln / Naharbeit

Mein Kind ...	1	2	3	4
verwechselt häufig rechts und links				
hält wenig Abstand beim Lesen / Schreiben, etc.				
dreht den Kopf, das Buch / Blatt beim Lesen / Schreiben schräg				
verliert beim Lesen leicht die Zeile / lässt ganze Zeilen aus				
benutzt beim Lesen gern ein Lineal / Finger o.ä.				
fängt ein längeres Wort richtig an, „liest“ aber falsch weiter (Ratelesen)				
kann sich schlecht merken / vorstellen, was gerade gelesen wurde				
muss laut lesen oder Lippen bewegen, um den Text zu verstehen				
muss häufig beim Nachbarn abschreiben				
macht beim Lesen einen angestregten Eindruck				
ist ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadeln, usw.)				
hat Probleme beim Ausmalen / Ausschneiden				

Sonstiges:

Ernährung

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

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

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

Sonstiges:

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

1 Ja 2 Nein 3 manchmal 4 weiß nicht

Koordination / Bewegung / Motorik / Sport / Freizeit

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
spielt ungern Ballsport, z.B. Völkerball, Handball, Federball, Fußball, usw.				
trifft / fängt Bälle nicht richtig, schlägt daneben – zu früh, zu spät				
ist ängstlich bei Geräteturnen / Bockspringen / Höhenunterschieden				
hat Probleme beim Fahrradfahren / Roller fahren				
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter				
läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)				
geht Treppen unsicher, nicht alternierend, sondern Stufe für Stufe				
kann Entfernungen schlecht schätzen				
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.				
zieht sich gerne zurück, spielt / beschäftigt sich lieber alleine				
zielt beim Eingießen nicht mittig, legt noch die Flasche auf				
eckt öfter an oder stolpert häufig, wirft leicht etwas um				

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

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

Sonstiges:

Verhalten / Allgemein

Mein Kind...	1	2	3	4
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				

Verhalten / Allgemein

Mein Kind...	1	2	3	4
hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen				
kann sich schlecht vorstellen, was gerade erzählt oder vorgelesen wird				
plappert auffällig viel und oft				
liest gerne im Bett				
liest nicht gerne freiwillig, am ehesten noch „Comics“				

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?

Hat Ihr Kind Schlafstörungen? Ja Nein

Sonstiges:

Körperliche Beschwerden

Mein Kind ...	1	2	3	4
leidet unter Übelkeit beim Autofahren / Busfahren				
klagt häufig über Schwindel / Unwohlsein				
hat öfter Bauchweh				
hat öfter Kopfweh				

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!