

Liebe Eltern,

damit wir uns ein möglichst umfangreiches Bild vom visuellen Wahrnehmungs-Problem Ihres Kindes machen können, brauchen wir Ihre Unterstützung. Bitte beantworten Sie deshalb den folgenden Fragebogen möglichst vollständig. Unterstreichen Sie zutreffende Antworten oder kreisen Sie entsprechende Ziffern ein. Bei Unklarheiten stehen wir Ihnen natürlich gern 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 dabei sein kann.

Vor- und Nachname des Kindes:	Geb.Datum:	evtl. Spitzname:
.....
Anschrift:		
.....		
Kindergarten:		
.....		
Geschwisterkind(er):	Alter:	Geschlecht:
.....
Mutter:	Beruf:	Tel.Nr.:
.....
Anschrift:		Emailadresse:
.....	
Vater:	Beruf:	Tel.Nr.:
.....
Anschrift:		Emailadresse:
.....	

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 der 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 wegen Jahr

rechtes Auge? linkes Auge?

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

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon Folgendes beobachtet?

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

Augen

1	2	3	4

... schauen bei Müdigkeit nicht immer geradeaus

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

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

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

.....

Klagt Ihr Kind über Sehprobleme? Ja Nein

Inwiefern?

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon Folgendes beobachtet?

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

Kindergarten

1	2	3	4

Mein Kind spielt öfter den „Kindergarten-Kasper“

... stellt anderen Kindern gern das Bein, berührt oder stößt sie gerne

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? Ja Nein unterschiedlich

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Kindergarten? Ja Nein

In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten?

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon Folgendes beobachtet?

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

Basteln / Malen

	1	2	3	4
Mein Kind hat Probleme beim Ausmalen von Bildern, Ausschneiden von Figuren etc..				
... hat Probleme, einfache Muster nachzulegen / nachzustellen				
... hält wenig Abstand beim Malen / Bilderbuch schauen 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 insgesamt nicht gerne				

Sonstiges

.....

Spiele

	1	2	3	4
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 gern zurück, spielt lieber allein				

Mein Kind darf schon 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 Knabberereien Ja, am liebsten Tägliche Menge (ca.): Nein

Sonstiges

.....

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon Folgendes beobachtet?

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

Koordination / Bewegung / Motorik

Mein Kind ist Rechtshänder Linkshändern Beidhänder noch nicht entschieden

Mein Kind hat allgemein Schwierigkeiten beim Rennen Hüpfen

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

Sonstiges

Verhalten / Allgemein

	1	2	3	4
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 anders vielleicht schon Folgendes beobachtet?

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

Anstrengung / Ermüdung / Konzentration

	1	2	3	4
Mein Kind fragt häufig, ohne eigentlich die Antwort abzuwarten				
... kann sich schwer ausdauernd konzentrieren (auch beim Zuhören)				
... kann schwer stillsitzen, ist immer „zappelig“				
... 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

	1	2	3	4
Meinem Kind wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren				
... hat öfter Bauchweh				
... hat öfter Kopfweh				

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

Art der Schmerzen: stechend diffus migräneartig

... klagt häufig über Schwindel / Unwohlsein				
--	--	--	--	--

Sonstiges

Entwicklung / Krankheiten / Therapien

Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf? ja nein

Welcher Art?

Gab es eine normale Geburt (Spontangeburt)? ja nein, sondern:

Weshalb?

ph-Wert 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?

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Weshalb?

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

Bekommt Ihr Kind derzeit homöopathische Mittel? ja nein Weshalb?

Wann hat Ihr Kind die letzte Impfung bekommen?

Welche Impfung?

Gab es 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), Therapieziel(e) und therapeutische Maßnahmen

Therapeut*in? Dauer von bis

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

Datum Unterschrift

Vielen Dank!