

Fragebogen für Eltern von Schulkindern

Vorname, Familienname des Kindes

Geburtsdatum; Alter

Anschrift

Telefon

E-Mail

Trägt Ihr Kind eine Brille? Wenn ja, welche Werte?

.....

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht? Wenn Ja, von wem? Wann? Mit welchem Ergebnis?

.....

.....

Wurde Ihr Kind an den Augen operiert? Wenn ja, wann und warum?

.....

Welche Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen / Erbkrankheiten / Allergien liegen bei Ihrem Kind vor?

.....

.....

Bekommt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?

.....

Ihr Kind ist Rechtshänder Linkshänder

Verlief die Geburt Ihres Kindes normal?

.....

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

.....

In welchem Alter ist Ihr Kind gelaufen?

.....

Gab es Entwicklungsschwierigkeiten? Wenn ja, welche?

.....

Wie machen sich die visuellen Wahrnehmungsprobleme bei Ihrem Kind bemerkbar?

.....

.....

Klagt Ihr Kind selbst über Sehprobleme? Wenn ja, wie äußert es diese?

.....

.....

Mein Kind ...

blinzelt auffällig oft oder reibt sich die Augen

- ja
- nein
- manchmal

kneift die Augen zusammen oder schließt /
verdeckt ein Auge

- ja
- nein
- manchmal

hat häufig Kopfschmerzen

- ja
- nein
- manchmal

klagt allgemein über Schwindel / Unwohlsein

- ja
- nein
- manchmal

ist recht lichtempfindlich

- ja
- nein
- manchmal

schaut bei Müdigkeit nicht mehr mit beiden Augen
geradeaus

- ja
- nein
- manchmal

leidet beim Bus -oder Autofahren unter Übelkeit

- ja
- nein
- manchmal

stolpert häufig, stößt sich oder wirft etwas um

- ja
- nein
- manchmal

hat allgemein eine schlechte motorische
Koordination

- ja
- nein
- manchmal

ist unsicher beim Bälle fangen und werfen

- ja
- nein
- manchmal

ist ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert
ungern

- ja
- nein
- manchmal

ist ängstlich beim Geräteturnen / Bockspringen

- ja
- nein
- manchmal

kann Entfernungen schlecht einschätzen

- ja
- nein
- manchmal

hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren

- ja
- nein
- manchmal

wird schnell müde, vor allem bei Tätigkeiten
in der Nähe

- ja
- nein
- manchmal

hält einen sehr kurzen Abstand beim Lesen
oder Schreiben

- ja
- nein
- manchmal

Mein Kind ...

verdreht beim Lesen den Kopf oder das Blatt

- ja
- nein
- manchmal

hat Schwierigkeiten beim Ausmalen oder Ausschneiden von Figuren

- ja
- nein
- manchmal

platziert Figuren/Zeichnungen ungünstig auf dem Blatt

- ja
- nein
- manchmal

verliert beim Schreiben die Linie oder schreibt seitlich versetzt

- ja
- nein
- manchmal

hat eine unregelmäßige Schrift

- ja
- nein
- manchmal

verwechselt Buchstaben wie b und d oder q und p

- ja
- nein
- manchmal

lässt beim Lesen Buchstaben, Ziffern oder Endungen aus

- ja
- nein
- manchmal

verliert beim Lesen die Zeile, benötigt als Unterstützung z.B. den Finger

- ja
- nein
- manchmal

beginnt ein längeres Wort richtig, liest dann aber falsch weiter

- ja
- nein
- manchmal

kann sich schlecht vorstellen/merken, was es gerade gelesen hat

- ja
- nein
- manchmal

macht beim Lesen einen angestregten Eindruck, verzeiht das Gesicht

- ja
- nein
- manchmal

hat Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel

- ja
- nein
- manchmal

kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“

- ja
- nein
- manchmal

ist öfter mal abwesend, ein sogenannter „Tagträumer“

- ja
- nein
- manchmal

Anmerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....