

FRAGEBOGEN KINDER

KIND

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Geschwister, Alter:

Schule, Klasse:

ELTERN

Vorname, Name:

Beruf / Tätigkeit:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon (Festnetz, mobil):

Email:

ANAMNESE

Bitte beschreiben Sie Ihr Hauptanliegen

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes (Was gefällt Ihnen besonders gut an ihr / ihm?)

Was macht ihr Kind am liebsten?

Was macht ihr Kind ungern? Hat es einen Leidensdruck?

Gibt es eine familiäre Vorgeschichte zu den visuellen Problemen Ihres Kindes? Haben oder hatten Sie oder Ihr Partner ähnliche Probleme wie Ihr Kind?

Bitte lesen Sie die Aussagen in den folgenden Tabellen und beurteilen Sie, inwieweit die Aussagen zutreffen. Machen sie bitte ein Kreuz in der entsprechenden Spalte.

LESEN	ja	teilweise	nein
Mein Kind hält den Kopf oder das Buch beim Lesen schräg.			
Auffallend kurzer Arbeitsabstand zwischen Augen und Heft / Buch. (< 35 cm)			
Blinzelt oder runzelt die Stirn beim Lesen. Macht einen angestregten Eindruck.			
Leseunlust mit unbegrenzten Ausreden.			
Verliert beim Lesen leicht die Zeile.			
Liest besser, wenn der Finger die Zeile abtastet. Benutzt gern ein Lineal o. ä. beim Lesen.			
Erkennt ein gerade gelesenes Wort in den nächsten Zeilen nicht wieder.			
Kopf bewegt sich beim Lesen mit.			
Kann sich nicht merken / vorstellen, was es gerade gelesen hat.			
Liest auffallend langsam, versteht schriftliche Arbeitsanweisungen nicht.			
Liest laut oder bewegt die Lippen, um den Textinhalt zu verstehen.			
Rät häufig beim Lesen, liest Wörter, die nicht im Text stehen (möchte lieber leise lesen).			
Lässt Wörter, Wortanfänge oder Endungen beim Lesen aus.			
Buchstaben „rutschen“ oder „hüpfen herum“ – Linien oder Kästchen im Heft „wackeln“.			

LESEN	ja	teilweise	nein
Klagt über Doppelbilder beim Lesen. An der Tafel (Ferne) / im Heft (Nähe)			
Klagt über verschwommenes Sehen beim Blick vom Heft zur Tafel.			

SCHREIBEN	ja	teilweise	nein
Hält das Blatt beim Schreiben auffallend schräg.			
Selbst geschriebene Texte zeigen einen auffällig schiefen Rand.			
Schriftzeilen oder Rechenaufgaben „rutschen ab“ - nach oben oder nach unten.			
Variierende Abstände zwischen den Worten.			
Kontinuierlich schlechter werdende Handschrift bei längerem Schreiben			
Fehlerhäufung gegen Ende schriftlicher Arbeiten.			
Deutliche Abneigung gegen Schreibarbeiten.			
Erhebliche Probleme bei Arbeiten mit Zahlenstrahl, Millimeterpapier, Tabellensystemen.			
Schreibt beim Nachbarn ab, anstelle von der Tafel.			
Blinzeln, Augenreiben, Stirnrunzeln bei Abschreibaufgaben.			
Mein Kind schreibt mit der rechten / linken Hand.	Rechts	<i>Bitte einkreisen</i>	Links

LESEN & SCHREIBEN	ja	teilweise	nein
Verwechselt Buchstaben oder Silben, wie z. B. d/b, p/q, m/n, ie/ei, da/ab etc.			
Schließt ein Auge beim Arbeiten, deckt es mit der Hand (Haare, Kappe) ab oder dreht den Kopf auffällig beim Lesen und Schreiben.			
Auffallend schnelle Ermüdung, unbegründete Arbeitspausen.			

MEDIENNUTZUNG	ja	teilweise	nein	Stunden/ Tag
Mein Kind nutzt Computer				
Mein Kind nutzt Tablet				
Mein Kind nutzt Smartphone				

NACHTSCHLAF	ja	teilweise	nein
Mein Kind schläft nicht gut ein.			
Es wacht zwischendurch immer mal auf.			
Schläft ca. _____ Stunden pro Nacht. (bitte notieren)			

ORIENTIERUNG, GLEICHGEWICHT UND KOORDINATION	ja	teilweise	nein
Ungenau bzw. unordentliche Platzierung von Zeichnungen / Zahlen auf dem Blatt.			
Schwierigkeiten beim Ausmalen / Ausschneiden von Figuren o. ä.			
Verläuft sich auf dem Weg zum Klassenzimmer oder innerhalb der Schule.			
In ungewohnter Umgebung findet es sich schwer zurecht.			
Sucht etwas, das vor der Nase liegt.			
Verwechselt Rechts und Links.			
Hat Schwierigkeiten die analoge Uhrzeit abzulesen.			
Kann Tages- / Uhrzeiten schwer einschätzen, hat ein schlechtes Zeitgefühl.			
Wirft leicht etwas um.			
Mein Kind stolpert, eckt an, bleibt hängen, stößt sich.			
Schüttet beim Eingießen daneben.			
Ist im Umgang mit Werkzeug eher ungeschickt.			
Läuft unsicher auf unebenem Boden, z. B. Waldboden.			
Ist unsicher beim Treppensteigen, setzt nicht einen Fuß vor den anderen.			
Fährt nicht gern Karussell oder Schiffsschaukel.			
Leidet unter Reiseübelkeit.			
Schätzt Entfernungen schlecht ein. Fängt den Ball z. B. zu früh oder zu spät.			

VERHALTEN	ja	teilweise	nein
Vermeidet direkten Blickkontakt („flüchtiger Blick“) mit anderen Personen.			
Mag keine Veränderungen in seinem Umfeld (auch familiär).			

VERHALTEN	ja	teilweise	nein
Fängt neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht.			
Kann nicht Stillsitzen, ist zappelig.			
Möchte nur draußen sein und herumtollen.			
Ist ein Stubenhocker, hat kaum Freundschaftskontakte.			
Ist abwesend, ein sogenannter Tagträumer.			
Kurze Konzentrationsspanne.			
Kopf- und Bauchschmerzen bei Lese- und Schreiarbeiten.			
Fasst alles an, um es erklären zu können.			
Zählt (noch) mit den Fingern.			
Stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie.			
Spielt den Klassenkasper.			
Vermeidet von hohen Gebäuden / Brücken / Abhängen in die Tiefe zu blicken.			
Fängt und wirft ungerne Bälle. Ist ängstlich.			
Ängstlich bzw. verunsichert bei kleinen Höhenunterschieden, wie z. B. am Klettergerüst oder beim Geräteturnen.			

AUGEN UND KOPF	ja	teilweise	nein
Dreht sich ein Auge zeitweise weg?	Rechts	<i>Bitte einkreisen</i>	Links
Wenn ja: In welchen Situationen? (z.B. bei Müdigkeit)			
Wenn ja: In welche Richtung dreht sich das Auge weg?	Innen	<i>Bitte einkreisen</i>	Außen
Rollt oder verdreht die Augen.			
Reibt sich die Augen.			
Hat gereizte / trockene / gerötete Augen.			
Augen tränen leicht oder sind wässrig.			
Um besser zu sehen, kneift es die Augen zusammen.			
Mein Kind ist lichtempfindlich auch bei normalem Raumlicht.			
Empfindet wechselnde Hell-Dunkel-Kontraste als unangenehm (z.B. Durchfahren einer Allee, Fernsehen oder bei Flackerlicht).			
Hat Schmerzen im Bereich der Augen / Augenhöhlen.			

AUGEN UND KOPF	ja	teilweise	nein
Hat Kopfschmerzen im Bereich der Stirn oder der Schläfen.			

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Bei Bedarf kommentieren sie Ihre Antwort direkt darunter.

GEBURT UND KLEINKINDALTER	ja	nein
Gab es Auffälligkeiten bei der Geburt (Kaiserschnitt, Wehentropf, Sauerstoffmangel, usw.)?		
Mein Kind ist im Vierfüßlerstand gekrabbelt.		
Mein Kind war sehr lebhaft.		
Mein Kind ist das erste Mal mit ca. 14-16 Monaten gelaufen.		
Mein Kind hatte Entwicklungsschwierigkeiten.		

KINDERGARTEN UND SCHULE	ja	nein
Mein Kind hat ab dem _____ Lebensjahr den Kindergarten besucht.		
Mein Kind ist mit _____ Jahren in die 1. Klasse eingeschult worden.		
Mein Kind geht gern zur Schule.		
Mein Kind hat Schwierigkeiten in der Schule.		
Die schulischen Leistungen meines Kindes sind: <input type="checkbox"/> überdurchschnittlich <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> unterdurchschnittlich		

ERKRANKUNGEN, MEDIKAMENTE UND THERAPIEN	ja	nein
Mein Kind ist / war in augenärztlicher Behandlung.		
Augenarzt: Ergebnis:	Datum:	
In unserer Familie kommen Augenerkrankungen / visuelle Probleme vor.		
Verwandtschaftsgrad (z.B. Eltern, Großeltern): Erkrankung (z.B. Glaukom / grüner Star, Katarakt / grauer Star):		
Mein Kind ist / war in ärztlicher Behandlung.		
Facharzt: Grund der Behandlung:		
Mein Kind nimmt Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein.		
Mein Kind ist Allergiker / hat eine Unverträglichkeit.		
Mein Kind erhält / erhielt eine Therapie (Ergotherapie, Logopädie, Kieferorthopädie o. ä.).		
Therapieform und Dauer:		

Vielen Dank!