

Fragen an die Eltern/Kinder

Name ,Vorname:..... geb.:..... Datum:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?

	NEIN	JA
Wenn Sie uns empfohlen wurden, dürfen wir Bericht erstatten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind jemals geschickt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind in der Familie erbliche Augenkrankheiten oder Schiefhfehler bekannt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab oder gibt es Lese- und Rechtschreibprobleme bei weiteren Familienmitgliedern ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Augenverletzungen , Augenoperationen oder Augenkrankheiten bei Ihrem Kind ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (z.B. Ritalin) oder Nahrungsergänzungsmittel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja , welche ?		
Bestehen chronische Probleme wie Ohreninfektionen, Asthma oder andere Allergien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja , welche ?		
Gab oder gibt es spezielle Förderungen (Ergotherapie , Nachhilfe , Logopädie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja , welche ?		
War Ihr Kind eine Problemgeburt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Probleme in der Sprachentwicklung Ihres Kindes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich Verzögerungen in der Motorik gezeigt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Ihr Kind schwere Erkrankungen, Stürze oder Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht Ihr Kind ungern Ballspiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, bestehen Probleme beim Fangen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist die Grob- und Feinmotorik entwickelt?		

.....
(Kann Ihr Kind Knöpfe schließen, Schuhbänder binden, auf einem Fuß balancieren, Fahrrad fahren, R/L unterscheiden, etc.)

Wie lange dauerte die kindliche "Krabbelphase" ?

Welche Hobbys hat Ihr Kind ?

Anzahl und Alter der Geschwister ?

Letzter Termin bei einem Augenarzt Dr. _____ Datum: ca. _____

Trägt oder trug Ihr Kind eine Brille ?

Wie wurde die Brille akzeptiert und getragen ? sehr gut auf Aufforderung schlecht

Bitte markieren Sie die zutreffende Zahl **mit einem Kreis**

1 = gar nicht zutreffend **5** = am stärksten zutreffend

Anstrengungsprobleme

	😊		😊		☹️
Augenreiben oder Blinzeln	1	2	3	4	5
Tränende Augen	1	2	3	4	5
Druckgefühl um die Augen	1	2	3	4	5
Beim Ausmalen oft über die Linie malen	1	2	3	4	5
Ungern basteln, puzzeln , mit der Schere schneiden	1	2	3	4	5
Naharbeit wird anstrengender je länger sie andauert	1	2	3	4	5
Konzentration und Ausdauer fällt schwer	1	2	3	4	5
Kurzer Abstand Naharbeit (mit der Nase malen)	1	2	3	4	5
Auffällige Kopfhaltung (z.B. Schiefhaltung)	1	2	3	4	5

Sehprobleme

	😊		😊		☹️
Schließen oder Zudecken eines Auges	1	2	3	4	5
Lichtempfindlichkeit	1	2	3	4	5
Probleme beim Fangen von Bällen	1	2	3	4	5
Beim Federball oft danebenschlagen	1	2	3	4	5
Oft anrempeeln oder stolpern	1	2	3	4	5

Kopfschmerzen

ca.mal pro Woche

Treten auch in den Ferien auf ?	1	2	3	4	5
Bereits am Morgen oder Nachts ?	NEIN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	
Während des Tages zunehmend	NEIN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	

Bauchschmerzen

ca.mal pro Woche

Treten auch in den Ferien auf ?	1	2	3	4	5
	NEIN	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	

Hauptproblem

.....