

## Fragen an die Eltern

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfassenden Eindruck der visuellen Schwierigkeiten Ihres Kindes zu bekommen, bitte ich Sie den Fragebogen durchzulesen, Ihr Kind ein paar Tage zu beobachten und anschließend die Fragen zu beantworten. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und nur von mir bearbeitet.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_ Schule \_\_\_\_\_ Lehrer \_\_\_\_\_

von wem wurden Sie empfohlen? \_\_\_\_\_

Hauptproblem  Lesen  Rechtschreibung  Diktat  Dyskalkulie  
sonstiges  \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes bis zum Schulantritt?  ja  nein  
welche \_\_\_\_\_

Wurde bei ihrem Kind eine Lese-Rechtschreibschwäche / Legasthenie festgestellt?.....  ja  nein

Erhält Ihr Kind spezielle außerschulische Förderungen? .....  ja  nein

Welche:  Ergotherapie  Logopädie  Sehschule  Nachhilfe  \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihrem Kind ein Schielfehler festgestellt?.....  ja  nein

Hatte oder ist Ihr Kind in einer Schielbehandlung?.....  ja  nein

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine Okklusionstherapie (klebt ein Auge zu)?.....  ja  nein

Gab es Augenverletzungen oder Augenoperationen bei ihrem Kind?.....  ja  nein

Ja, welche? \_\_\_\_\_

Treten die Beschwerden erst seit kurzer Zeit auf? Seit wann?: \_\_\_\_\_  ja  nein

Sind die Beschwerden plötzlich aufgetreten?.....  ja  nein

Liegen andere Beschwerden/Erkrankungen vor?  Probleme mit der Halswirbelsäule  ja  nein

Auditive Wahrnehmungsstörungen  Lähmungen  Schilddrüsenfunktionsstörung

Mittelohrentzündung  Diabetes  Operationen  \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind  Stress  Zukunftsängste  psychische Probleme? \_\_\_\_\_  ja  nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Welche \_\_\_\_\_  ja  nein

Verlief die Geburt normal? \_\_\_\_\_  ja  nein

Hatten Sie eine Kaiserschnittgeburt weshalb: \_\_\_\_\_  ja  nein

Ist ihr Kind gekrabbelt (auf allen Vieren) Wie lange \_\_\_\_\_  ja  nein

Mit wieviel Monaten lief Ihr Kind frei? Monate \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind  Rechtshänder? oder  Linkshänder? wurde Ihr Kind um trainiert?  ja  nein

Wann geht Ihr Kind meistens Schlafen \_\_\_\_\_ hat es Schlafstörungen  ja  nein

Trägt oder trug Ihr Kind jemals eine Brille?.....  ja  nein

Trägt oder trug Ihr Kind Einlagen?.... Falls ja, welche \_\_\_\_\_  ja  nein

Letzter Termin bei Augenarzt Dr. \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesusfaktor:  positiv  negativ



## Fragen an das Kind

Hallo, damit ich dir helfen kann ist es wichtig die unten gestellten Fragen möglichst ehrlich zu beantworten. Es geht nur darum wie gut deine Augen funktionieren.

Liest du in deiner Freizeit  gern und oft  Bücher  meist Comics  keine Lust zu lesen

Wie lange liest du ohne Unterbrechung?  > 30 Min  bis 30 Min.  bis 10 Min.

Was macht dir am meisten Freude? \_\_\_\_\_

Was machst du sehr ungern? \_\_\_\_\_

### Anstrengungsbeschwerden

Bitte kreuze an: **A = habe ich nie** **B = manchmal** **C = ganz oft**

- Hast du Schmerzen über / in den Augen beim  Lesen  Fernsehen  
 \_\_\_\_\_  Spielen mit dem Game Boy  Computer ..... A B C
- Hast du beim Lesen / Schreiben ein Ziehen in den Schläfen? ..... A B C
- Hast du öfter Bauchschmerzen? Wann?..... A B C
- Brennen deine Augen bei den Hausaufgaben / beim Lesen? ..... A B C
- Tränen deine Augen bei den Hausaufgaben / beim Lesen?..... A B C
- Musst du oft deine Augen reiben oder blinzeln, wenn du in der Nähe siehst?... A B C
- Kannst du besser sehen, wenn du ein Auge schließt? (nicht zum Zielen) ..... A B C
- Welches Auge schließt du dann  R Auge  L Auge
- Spielst du lieber im Schatten, blendet dich die Sonne sehr schnell?..... A B C
- Wird dir beim Autofahren schnell übel?..... A B C
- Werden bei den Hausaufgaben / Lesen zuerst deine Augen oder der Kopf müde? A B C

### Sehstörungen

- Siehst du in der Ferne undeutlich..... A B C
- wackelt die Schrift beim Lesen oder siehst du sie  verschwommen?..... A B C
- Beim Lesen  tanzen die Buchstaben oder  rutschen sie weg? ..... A B C
- Rutschen die Wörter zu einem langen Wort zusammen?..... A B C
- Beim Rechnen kannst du die Zahlen nicht genau in das Kästchen Schreiben? ..... A B C
- Springst du beim Lesen in die falsche Zeile oder liest mit Lineal oder Finger?..... A B C
- Siehst du die Worte beim Lesen manchmal doppelt?..... A B C
- Fällt es dir schwer Dinge zu erkennen, die sich bewegen? (Vorbeifahrendes Auto) .... A B C
- Fällt es dir schwer  von der **Tafel zum Heft**  vom **Heft zur Tafel** zu schauen? A B C
- Sind die Bilder manchmal doppelt, wenn du müde bist?..... A B C

### Auffälligkeiten

- Ist es schwer für dich auf einer Linie zu schreiben, obwohl du dir viel Mühe gibst?..... A B C
- Wird deine Schrift bei längerem Schreiben schlechter, obwohl du dir Mühe gibst?..... A B C
- Kommst du beim Ausmalen aus Versehen über die Ränder?..... A B C
- Machst du beim Abschreiben viele Fehler, weil du etwas anders gelesen hast?..... A B C
- Wirst du beim Anfertigen der Hausaufgaben schnell müde, besonders um die Augen? A B C
- Kannst du den Text besser verstehen, wenn er dir vorgelesen wird? ..... A B C

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Bist du gut im Rechnen, verstehst jedoch Textaufgaben schlecht?.....             | A | B | C |
| Liest du Wörter, die gar nicht im Text stehen?.....                              | A | B | C |
| Kann es passieren, dass du Buchstaben verdrehst oder anhängst?.....              | A | B | C |
| Übersiehst du beim Lesen kurze Worte?.....                                       | A | B | C |
| Kannst du gut Bälle fangen? .....  | A | B | C |
| Hast du Spaß am Basteln?.....  | A | B | C |
| Hältst du deinen Kopf beim Lesen u. Schreiben manchmal schief?.....              | A | B | C |
| Legst du dein Heft beim Schreiben schräg hin?.....                               | A | B | C |
| Gehst du mit der Nasenspitze beim Lesen / Schreiben ganz nah an das Blatt?.....  | A | B | C |
| Stößt du dich oft an Tischkanten oder Ecken?.....                                | A | B | C |
| Stößt du beim Spielen öfters deine Freunde um, obwohl du das gar nicht möchtest? | A | B | C |
| Kannst du den Text besser verstehen, wenn du laut liest?.....                    | A | B | C |
| Ist es für dich anstrengend länger zu lesen oder zu malen?.....                  | A | B | C |

**Kopfschmerzen**

Wie oft hast du Kopfschmerzen? \_\_\_\_\_ x pro Woche seit wann? \_\_\_\_\_

- |  |   |   |                                       |                                  |
|--|---|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in der Schule | <input type="checkbox"/> bei den Hausaufgaben | <input type="checkbox"/> Fernsehen                | <input type="checkbox"/> Computer     | <input type="checkbox"/> anderes |
| <input type="checkbox"/> Am Morgen     | <input type="checkbox"/> In der Nacht         | <input type="checkbox"/> Am Tag                   |                                       |                                  |
| <input type="checkbox"/> Stirn         | <input type="checkbox"/> Schläfen             | <input type="checkbox"/> Augenhöhlen              | <input type="checkbox"/> Schädeldecke |                                  |
| <input type="checkbox"/> ganzer Kopf   | <input type="checkbox"/> migräneartig         | <input type="checkbox"/> mit Lichtempfindlichkeit |                                       |                                  |

Es würde mich sehr freuen, wenn du mir einen kleinen Text abschreiben kannst. Deine Schrift hilft mir deine Schwierigkeiten besser einzuschätzen.

---



---



---



---



---



---

**Vielen Dank, dass du das Alles für mich ausgefüllt hast.  
Ich freue mich auf deinen Besuch.**



**Hans - Joachim Lippert**  
Dipl. – Ing. (FH) Augenoptik  
Funktionaloptometrist (WVAO / BOAF)

**Einheitliche Optometrie - Funktional Optometrie  
Kinder Optometrie - Visualtraining**