



Fragebogen

für



Kindergarten/VorschulKinder

Liebe Eltern!

Um einen möglichst kompletten Eindruck vom *visuellen Wahrnehmungs-Problem* ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie, die folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Bei eventuellen Unklarheiten stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

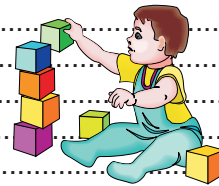
Name des Kindes:.....Geb.Datum:.....
 Wohnort:.....Straße:.....
 ev.Spitzname/Kosename:.....Kindergarten:.....
 Geschwister:.....Geschlecht:.....Alter:.....
 Name des Erziehungsberechtigten:.....Telefon:.....
 Beruf:.....
 von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen?:.....

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein **Wahrnehmungs-Problem** zu haben?:

.....
.....

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon folgendes beobachtet ?: ja nein manchmal weißnicht
(bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffendes streichen).....

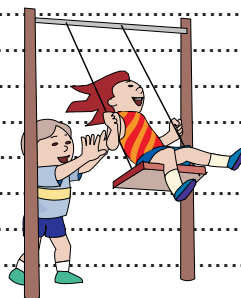
	ja ↓	nein ↓	manchmal ↓	weißnicht ↓
Probleme beim Ausmalen von Bildern etc.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme beim Ausschneiden von Figuren etc.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einen recht kurzen Abstand beim Malen, Bilderbuch schauen etc.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dreht den Kopf beim Bilderbuch anschauen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
legt das Blatt beim Malen schräg.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
malt insgesamt eher ungern.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Probleme Farben richtig zu benennen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
malt ungern farbig oder wenn, mehr dunkle Farben.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spielt ungern mit normalen, glatten Bauklötzchen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bevorzugt lieber Duplo / Legosteine o.ä.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spielt oft und ausdauernd "Gameboy", Computer o.ä.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
puzzelt nicht gerne.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Probleme, einfache Muster nachzustecken.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann sich schlecht vorstellen was erzählt / vorgelesen wird.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Probleme beim Schuhe binden (Schnürsenkel) oder Knöpfen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Klagt Ihr Kind über Sehprobleme ? - Wenn ja, wie äußert sich das ?:.....

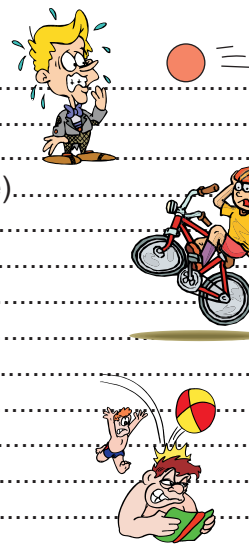
Allgemeines Befinden:

	ja ↓	nein ↓	manchmal ↓	weißnicht ↓
schauen die Augen auch bei Müdigkeit gradeaus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ein Auge dreht weg - rechts / links.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kneift die Augen um besser zu sehen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schließt ein Auge o. versucht es zu verdecken (z.B d. Kappe/Haare etc.).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reibt sich öfter die Augen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rollt oder verdreht die Augen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
blinzelt auffällig oft.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat häufig gerötete Augen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oft trockene oder brennende Augen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leicht tränende Augen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist relativ lichtempfindlich.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bevorzugt eher dunklere Ecken beim Spielen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schaukelt ungern.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fährt ungern Karussell o.ä.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat öfter Kopfweg / Bauchweg.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allgemein Schwindel / Unwohlsein.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

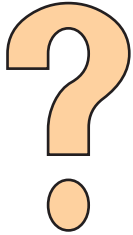


So dies und das :

- unsicher, ängstlich beim Bälle fangen.....
- verwechselt häufig Rechts und Links.....
- hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter.....
- geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe).....
- hat Probleme beim Roller fahren, Fahrrad fahren.....
- läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden).....
- ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern.....
- eckt öfter an oder stolpert / wirft leicht etwas um.....
- zielt beim Eingießen nicht mittig, legt noch Flasche auf.....
- ungeschickt bei Spielen wie Mikado, Halma o.ä.....
- allgemein schlechte motorische Koordination.....
- kann schlecht die Balance halten.....
- hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen.....



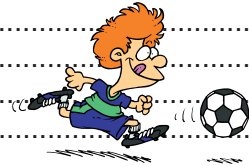
ja	nein	manchmal	weißnicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- ist Ihr Kind Rechtshänder / Linkshänder ?:.....
- gab es eine normale Geburt ?:.....
- ist Ihr Kind gekrabbelt - sog. Vierfüßlerstand ?:.....
- wann lief Ihr Kind erstmals (Alter)?:.....
- wie äußert sich beim Kind Müdigkeit:.....
- Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten?:.....

Fiel folgendes vielleicht schon mal auf?:

- spielt gern den "Kindergarten-Kasper".....
- stellt andern Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie.....
- mag keine Veränderungen in seinem Umfeld.....
- sucht häufig etwas, das "vor der Nase" liegt.....
- möchte möglichst oft draußen sein, "rumtollen".....
- ist eher ein "Stubenhocker".....
- zieht sich gern zurück, spielt lieber allein.....
- muß alles anfaßen, um es erklären zu können.....
- ausdauernde Konzentration fällt schwer (auch Zuhören!).....
- fragt ständig ohne eigentlich die Antwort abzuwarten.....
- grimmastriert gern (verzieht das Gesicht).....
- zeigt "altkluges" Verhalten.....
- allgemein schlechtes Einschlafen.....
- schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf.....
- hat allgemein kein Zeitgefühl.....
- muß zu unpassenden Zeiten auf die Toilette.....
- kann nicht still sitzen, ist immer "zappelig".....
- fängt ständig neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht.....



ja	nein	manchmal	weißnicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten ?:.....
- geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten -ja/nein/unterschiedlich-.....
- gibt es irgendwelche Schwierigkeiten dort -ja/nein- welche ?:.....
-
- was macht Ihr Kind am liebsten ?:.....
-
- und was eher ungern ?:.....

- Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht -ja/nein- von wem?:.....
- wann ?:.....mit welchem Ergebnis ?:.....
- hat jemand in der Familie visuelle Probleme -ja/nein- wer?:.....
- welche ?:.....
- bekommt / bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien -ja/nein- welche?:.....
-
- bekommt es derzeit Medikamente (z.B. Ritalin etc.) -ja/nein- welche?:.....
-

Datum:.....

Vielen Dank !