

Fragebogen

Um möglichst einen genauen Eindruck von den Sehproblemen Ihres Kindes zu erhalten, bitten wir Sie folgenden Fragebogen ausgefüllt zum ersten Termin mitzubringen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Anschrift: _____ Datum: _____

Klasse: _____ Empfehlung/Überweisung durch: _____

Erhält Ihr Kind sonstige Therapien (Logopädie, Ergotherapie usw.)? _____

Hat Ihr Kind allgemeine Erkrankungen? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja / nein welche: _____

letzter Augenarztbesuch am: _____ bei: _____

Augenerkrankung festgestellt: ja / nein wenn ja, welche: _____

Brille verordnet: ja / nein wenn eine Brille vorhanden ist, bitte mitbringen

vorhandene Brille wird getragen ja / nein immer / nur beim _____

Gab es Behandlungen/Operationen an den Augen (z.B. Abkleben eines Auges, Sehtraining usw.) ja / nein

wenn ja, welche: _____

Gab/gibt es Auffälligkeiten in der Grobmotorik, z.B. Treppen steigen, Rad fahren ja /nein

War die geistige Entwicklung normal ja /nein Hat Ihr Kind irgendwann geschielt? ja /nein

Ist Ihr Kind gekrabbelt ja /nein Hat in der Familie jemand geschielt ja /nein

Bitte beurteilen Sie, in welchem Umfang Auffälligkeiten oder Probleme bestehen?

	nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig	keine Angabe
Sehen in Ferne verschwommen, z.B. Tafel					
Sehen in Nähe verschwommen, z.B. Buch					
Ferne und Nähe verschwommen					
Wechsel Fern/Nah schwierig					
Doppelbilder					
häufiges Blinzeln/Augenreiben					
Augenbrennen/Augentränen					
gerötete Augen					
ein Auge zukneifen					
Kopf schief halten					
"Wegrutschen eines Auges"					
Lichtempfindlichkeit					
Kopfschmerzen					
schnelle Ermüdung bei Sehaufgaben					
Probleme beim Lesen					
Auslassen von Wörtern/Textzeilen					
Vertauschen von Buchstaben					
ungleichmäßige Handschrift					
Malen/Ausschneiden ungern					
Flüchtigkeitsfehler					
Motorik z.B. Ball fangen/Rad fahren					
Unruhe/ Überaktivität					
Konzentrationsschwierigkeiten					

sonstige Auffälligkeiten: