

Schulkinder Fragebogen

Name: _____ Geb. am: _____
Adresse: _____ Tel.: _____
Klasse: _____ Schule: _____ Lehrer: _____

Allgemeine Informationen:

Wer hat Sie uns empfohlen: _____
Adresse: _____

Wurden die Augen schon einmal außer bei den U-Untersuchungen oder dem
Kinderarzt untersucht? Ja 0 wann: _____ Nein 0
Wenn ja, durch wen? _____ Wurde eine Brille oder eine
andere Behandlung/Operation verordnet? _____
Beschreiben Sie den Hauptgrund für die Augenuntersuchung: _____

Welche Hand ist bei Ihrem Kind dominant? Rechts 0 Links 0 Unklar 0
Entstand diese Dominanz von selbst 0 oder unter Anleitung 0 ?
Mit welcher Hand wird geschrieben/gemalt? Rechts 0 Links 0
Name und Alter von Geschwistern? _____

Gesundheits-Geschichte:

Aktueller Gesundheitszustand normal? _____
Werden regelmäßig Medikamente (z.B. Ritalin), Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel eingenommen? Wenn ja welche? _____

Bestehen chronische Probleme wie Ohreninfektionen, Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien, KISS ? Ja 0 Nein 0 ; Wenn ja welche? _____

Beschreiben Sie schwere Erkrankungen, Operationen, Stürze oder hohes Fieber in den ersten Lebensjahren:

Alter _____	Komplikationen _____

Wurde schon einmal eine neurologische Untersuchung durchgeführt? Ja 0 Nein 0
Wenn ja, aus welchem Grund? _____
Wurde schon einmal eine psychologische Untersuchung durchgeführt? Ja 0 Nein 0
Wenn ja, durch wen? _____ Grund: _____
Wurde schon einmal Ergotherapie oder Logopädie durchgeführt? Ja 0 Nein 0
Wenn ja, durch wen? _____

Bitte kreuzen Sie an, welche Erkrankungen bei wem in Ihrer Familie schon einmal vorgekommen sind (Eltern, Großeltern, Onkel/Tante, Geschwister)

Schielen 0 _____ hoher Sehfehler 0 _____ Sehschwäche 0 _____
 Keratokonus 0 _____ Erblindung 0 _____ Netzhautablösung 0 _____
 Glaukom(grüner Star) 0 _____ Katarakt(graue Star) 0 _____
 Macula Degeneration (AMD) 0 _____ Bluthochdruck 0 _____
 Diabetes 0 _____ Multiple Sklerose 0 _____
 Schilddrüsenerkrankung 0 _____ Lese-Rechtschreib-Probleme 0 _____

Hat Ihr Kind Übergewicht? Ja 0 Nein 0 .

Schätzen Sie die Ernährungsgewohnheiten Ihres Kindes ein?

Sehr gut 0 Gut 0 OK 0 Schlecht 0

Treibt Ihr Kind Sport (nicht Schulsport)? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, schätzen Sie die Häufigkeit ein? Sehr oft 0 Oft 0 Ab & Zu 0

Welchen Sport? _____

Entwicklungs-Geschichte:

Frühgeburt Ja 0 Nein 0 Wenn ja, wie viel zu früh? _____

Komplikationen bei der Geburt? _____

Gab es bei der Mutter während der Schwangerschaft Komplikationen? _____

Komplikationen beim Kind vor, während oder kurz nach der Geburt? _____

Geburtsgewicht _____ Apgar Wert _____ Nabelschnur pH _____

Diese Werte finden Sie im gelben U-Heft auf der ersten Seite.

War die Sprachentwicklung Ihres Kindes normal? Ja 0 Nein _____

Haben sich Verzögerungen in der Motorik gezeigt? Ja 0 _____ Nein 0

In ungefähr welchem Alter hat Ihr Kind folgende Fähigkeiten gezeigt:

Körperrollen _____ Krabbeln _____ Alleine Sitzen _____ Laufen _____

Einzelne Wörter sprechen _____ 2-Wort-Sätze sprechen _____

Visuelle Geschichte:

Wenn schon einam eine Brille verordnet wurde, wie wurde diese akzeptiert und getragen? Sehr gut 0 Auf Aufforderung 0 Schlecht 0

Macht Ihr Kind gerne Ballspiele? Ja 0 Nein 0

Wenn nein, bestehen Probleme beim Fangen? Ja 0 Nein 0

Bestehen Probleme bei Textaufgaben? Ja 0 Nein 0

Bestehen Probleme mit geometrischen Formen? Ja 0 Nein 0

Sind die Leistungen unter Stress (Test) deutlich schlechter als zu Hause? Ja 0

Braucht Ihr Kind mehr Zeit als vorgesehen für Aufgaben? Ja 0

Wurde Nachhilfe in Anspruch genommen? Ja 0

In welchen Fächern sind die schulischen Leistungen

Überdurchschnittlich _____

Durchschnittlich _____

Unter dem Durchschnitt _____

Erreicht Ihr Kind aus Ihrer Sicht sein schulisches Potential? Ja 0 Nein 0
 Erreicht Ihr Kind aus Sicht des Lehrer sein schulisches Potential? Ja 0 Nein 0

Bitte kreuzen Sie in der folgenden Tabelle an

	nie	ab & zu	oft	sehr oft
Liest freiwillig?				
Muß den Zeigefinger benutzen, um der Zeile zu folgen?				
Geringe Konzentration?				
Kann nicht stillsitzen oder ist hyperaktiv?				
Ratelesen? Text wird nicht wortgetreu gelesen				
Verwechselt Buchstaben, z.B. b und d?				
Klagt das Kind, daß beim Lesen Buchstaben verschwimmen?				
Schließt ein Auge oder deckt es ab?				
Schiefe Kopfhaltung beim Lesen oder Schreiben?				
Geht beim Lesen sehr nah an die Augen heran?				
Gähnt nach kurzer Lesedauer?				
Reibt sich beim Lesen die Augen? oder Augentränen?				
Macht beim Lesen einen nervösen oder angestregten Eindruck?				
Überliest öfter kurze Wörter				
Überspringt beim Lesen Linien oder liest Zeilen zweimal?				
Wird 3-D-Kino als unangenehm empfunden?				
Liest so schnell das der Sinn nicht mehr verstanden wird?				
Fehler beim Abschreiben von der Tafel oder Projektor?				
Schriftgröße schwankend, unregelmäßig?				
Stößt an oder stolpert oft?				
Klagt über Kopfschmerzen?				
Klagt über Bauchschmerzen?				
Wird dem Kind bei Autofahrten schlecht?				
Verwechselt rechts und links?				
Hohe Lichtempfindlichkeit?				
Hat das Kind vor der Schule gemalt?				
Wenn ja, hat das Kind Bilder ausgemalt?				
			Ja	Nein
Schauten als Baby auch bei Ermüdung beide Augen geradeaus?				
Hat Ihr Kind früher einmal geschielt?				

Andere Beobachtungen: