

Kindergarten- /Schulkinder Fragebogen

Name: _____ Geb. am: _____
Adresse: _____ Tel.: _____

Allgemeine Informationen:

Wer hat Sie uns empfohlen: _____

Wurden die Augen schon einmal außer bei den U-Untersuchungen oder dem
Kinderarzt untersucht? Ja 0 wann: _____ Nein 0
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? Ja 0 Nein 0 ;Wenn ja welche? _____

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

Alter _____ Komplikationen _____

Alter _____ Komplikationen _____

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 wann? _____ 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 0 _____ Bluthochdruck 0 _____
 Diabetes 0 _____ Multiple Sklerose 0 _____ Schilddrüse 0 _____
 Lese Rechtschreibprobleme 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 Wörter Sätze sprechen _____

Visuelle Geschichte

Wenn schon einmal 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(Probe)deutlich schlechter als zu Hause? Ja 0
 Sind die schriftlichen Leistungen schlechter als die mündlichen ? 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

Bewerten sie bitte: Ja stimmt, trifft zu =1 Nein, trifft überhaupt nicht zu =6	1	2	3	4	5	6
Malt freiwillig?						
Malt das Kind gerne Bilder aus?						
Hat das Kind beim Ausmalen Schwierigkeiten?						
Malt eckig; übermalt Linien?						
Hat beim Ausschneiden Schwierigkeiten?						
Hat beim Ballspielen Unsicherheiten?						
Beschäftigt sich ungerne länger zu Haus(außer TV), lieber draußen ?						
Kann nicht stillsitzen oder ist hyperaktiv?						
Schiefe Kopfhaltung beim Malen?						
Kurzer oder veränderter Malabstand?						
Macht beim Malen einen nervösen oder angestregten Eindruck?						
Schließt ein Auge oder deckt es häufig ab?						
Reibt sich beim Malen die Augen?						
Stößt an oder stolpert?						
Klagt über Kopfschmerzen?						
Klagt über Bauchschmerzen?						
Wird dem Kind bei Autofahrten schlecht?						
Hohe Lichtempfindlichkeit?						

Lag schon einmal eine Augenkrankheit vor? Wenn ja, welche: _____

	Ja	Nein
Hat zu spät Fahrrad fahren gelernt ?		
Schauen auch bei Ermüden beide Augen geradeaus?		
Hat früher einmal geschielt?		
Sind in der Familie Schielfehler bekannt?		
Wurde von nahen Verwandten früh Brille getragen?		
Handelte es sich um eine Früh- oder Problemgeburt?		
Sind beim Kind Sprachstörungen vorhanden?		
Haben sich Verzögerungen in der Motorik gezeigt?		
Werden regelmäßig Medikamente (z.B.Ritalin) eingenommen?		

Andere Beobachtungen: