

Blatt 1: Fragebogen für die Eltern (und Lehrer)

Datum _____

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Telefon: _____/_____

Schule _____ Klasse: _____ Lehrer: _____

Wer hat Sie uns empfohlen? _____

Wurden die Augen schon einmal geprüft: wann? _____ Durch wen? _____

Hatte Ihr Kind schon Augenkrankheiten oder Augenverletzungen?	Ja	Nein
---	----	------

Gibt es Augenkrankheiten in der Familie?	Ja	Nein
--	----	------

Hat Ihr Kind jemals geschielt?	Ja	Nein
--------------------------------	----	------

Hat in Ihrer Familie jemand geschielt?	Ja	Nein
--	----	------

Trägt Ihr Kind eine Brille?	Ja	Nein
-----------------------------	----	------

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	Ja	Nein
--	----	------

War Ihr Kind eine Früh- oder Problemgeburt?	Ja	Nein
---	----	------

Hat Ihr Kind Sprachstörungen?	Ja	Nein
---	----	------

Hatte Ihr Kind schon Mittelohrentzündung oder Hörprobleme?	Ja	Nein
--	----	------

Wurde bei Ihrem Kind eine Legasthenie festgestellt ?	Ja	Nein
--	----	------

Gab oder gibt es spezielle Förderungen? (Ergotherapie, Nachhilfe, Logopädie)	Ja	Nein
--	----	------

Gab es Lese-Rechtschreib-Probleme in der Familie?	Ja	Nein
---	----	------

Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen?	Ja	Nein
------------------------------------	----	------

Wenn ja, wie oft ? _____ in welchem Kopfbereich? _____

Schauen auch bei Ermüden beide Augen geradeaus?	Ja	Nein
---	----	------

Kann es sich gut Konzentrieren?	Ja	Nein
---------------------------------	----	------

Ist es sehr lichtempfindlich oder blendempfindlich?	Ja	Nein
---	----	------

Schließt es ein Auge oder deckt es ab?	Ja	Nein
--	----	------

Kneift es die Augen oder runzelt die Stirn?	Ja	Nein
---	----	------

Reibt es sich beim Lesen die Augen?	Ja	Nein
-------------------------------------	----	------

Hält es den Kopf schief beim Lesen oder Schreiben?	Ja	Nein
--	----	------

Kurzer oder veränderter Leseabstand (normal sind 25 bis 40 cm)?	Ja	Nein
---	----	------

Gähnt es nach kurzer Lesedauer?	Ja	Nein
---------------------------------	----	------

Macht es beim Lesen einen angestregten Eindruck?	Ja	Nein
--	----	------

Wirkt es beim Lesen nervös oder lässt sich leicht ablenken?	Ja	Nein
---	----	------

Verwechselt es häufig Buchstaben , z.B. b und d ?	Ja	Nein
---	----	------

Benutzt Ihr Kind Zeigefinger oder Lineal um der Zeile zu folgen?	Ja	Nein
--	----	------

Wird die Schrift bei längerem Schreiben unregelmäßiger?	Ja	Nein
---	----	------

Bastelt und puzzelt Ihr Kind gerne?	Ja	Nein
---	----	------

Malt Ihr Kind oft über die Linien?	Ja	Nein
------------------------------------	----	------

Liest es außer Comics freiwillig?	Ja	Nein
-----------------------------------	----	------

Macht es Fehler bei kurzen Worten, ist zerstreut?	Ja	Nein
---	----	------

Rempelt Ihr Kind oft andere an oder fällt oft hin?	Ja	Nein
--	----	------

Hat es Schwierigkeiten beim Ball fangen, Federball u.s.w.?	Ja	Nein
--	----	------

Das Hauptproblem: _____

Nachname: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Hast Du Kopfschmerzen? Ja Nein

Wenn ja wie oft ? Ca. _____ mal pro Woche seit _____

Zu bestimmten Zeiten: oft schon morgens: meist während des Tages zunehmend: nachts:In welchem Kopfbereich? seitlich vorne hinten**SEHSTÖRUNGEN**

Werden die Fehler beim Abschreiben, mit Ermüdung mehr? Ja nein

Ist der Blickwechsel vom Heft zur Tafel schwierig? Ja nein

Ist der Blickwechsel von der Tafel auf das Heft schwierig? Ja nein

Ist die Schrift unscharf oder verschwimmt sie? Ja nein

Flimmert die Schrift? Ja nein

Tanzen die Buchstaben? Ja nein

Bist Du lichtempfindlich? Ja nein

Gibt es kurzzeitig Doppelbilder beim Lesen? Ja nein

Wenn ja: In der Nähe? In der Ferne?

Lesedauer _____

Liest Du gerne freiwillig (außer Comics)? Ja nein

Hast Du Lust zu lesen? Ja nein

ANSTRENGUNGSPROBLEME:

Reibst Du öfters die Augen oder blinzelst Du oft? Ja nein

Kneifst Du beim Lesen ein Auge zu (Hand oder Haare davor)? Ja nein

Tränen Dir die Augen beim Lesen oder bei den Hausaufgaben? Ja nein

Brennen Deine Augen beim Lesen, bei Hausaufgaben? Ja nein

Hast Du Schmerzen oder ein Druckgefühl um die Augen nach dem Lesen? Ja nein

Wird das Lesen anstrengender, je länger Du liest? Ja nein

Vergisst Du schnell, was Du eben gelesen hast? Ja nein

Fällt Dir die Konzentration beim Lernen schwer? Ja nein

Werden Deine Augen müde beim Computer oder Gameboy? Ja nein

Wirst Du beim Fernsehen müde? Ja nein

Wird deine Schrift bei längerem Schreiben immer schlechter, unregelmäßiger? Ja nein

Bastelst oder puzzelst Du gern? Ja nein

Liest oder buchstabierst Du stockend? Ja nein

Liest Du sehr schnell, aber mit vielen Fehlern? Ja nein

Überspringst Du Zeilen beim Zeilenwechsel? Ja nein

Liest Du mit dem Finger oder musst Du ein Lineal unterlegen? Ja nein

Hast Du Probleme beim Fangen von Bällen? Ja nein

Schlägst Du beim Federballspielen oft daneben? Ja nein

Das ist mein Hauptproblem: _____