

Fragebogen für Eltern von Vorschulkindern

Name des Kindes: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Aktuelle Situation:

Wie machen sich die visuellen Wahrnehmungsprobleme bei Ihrem Kind bemerkbar?

Klagt Ihr Kind selbst über Sehprobleme? Wenn ja, wie äußert es diese?

Bitte beurteilen Sie, inwiefern die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zutreffen.

Allgemeinbefinden:

Mein Kind...	ja	nein	manchmal	weiß nicht
blinzelt auffällig oft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kneift die Augen zusammen oder schließt/verdeckt ein Auge ganz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat häufig Kopf- oder Bauchschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klagt allgemein über Schwindel/Unwohlsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist recht lichtempfindlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann schlecht einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schaut bei Müdigkeit nicht mehr mit beiden Augen gradeaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leidet beim Bus- oder Autofahren unter Übelkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich schlecht konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird schnell müde, vor allem bei Tätigkeiten in der Nähe (z.B. Basteln).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kindergarten, Freizeit und Sport:

Mein Kind...	ja	nein	manchmal	weiß nicht
hat einen recht kurzen Abstand beim Malen oder Buch anschauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verdreht beim Malen den Kopf oder das Blatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Schwierigkeiten beim Ausmalen oder Ausschneiden von Figuren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Schwierigkeiten, einfache Muster nachzulegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
malt, bastelt und puzzelt nicht gern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich schlecht vorstellen, was gerade erzählt oder vorgelesen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
möchte möglichst viel draußen sein und immer toben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
redet auffällig viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fragt ständig, ohne die Antwort abzuwarten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stellt anderen Kindern gern mal ein Bein, berührt oder stößt sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spielt allgemein gern den „Gruppen-Kaspar“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist eher ein Stubenhocker, hat wenig Freundschaftskontakte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zieht sich gern zurück, ist lieber allein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist öfter mal abwesend, ein sogenannter „Tagträumer“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
braucht einen festen Rahmen, mag keine Veränderungen in seinem Umfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mag nicht schaukeln und Karussell fahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unsicher beim Bälle fangen und werfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Probleme beim Roller/Fahrrad fahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Mein Kind...	ja	nein	manchmal	weiß nicht
muss alles anfassen, um es erklären zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stolpert häufig, stößt sich oder wirft etwas um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat allgemein eine schlechte motorische Koordination.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geht Treppen Stufe für Stufe und nicht abwechselnd rechts/links.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muss zu unpassenden Zeiten auf die Toilette.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie zum Schluss noch folgende Fragen:

Ist Ihr Kind Rechts- oder Linkshänder? _____

Verlief die Geburt Ihres Kindes normal? _____

Ist ihr Kind gekrabbelt? Wenn ja, in welchem Alter? _____

In welchem Alter ist Ihr Kind gelaufen? _____

Gab es Entwicklungsschwierigkeiten? Wenn ja, welche? _____

Welche Besonderheiten, z.B. chronische Erkrankungen/Allergien liegen bei Ihrem Kind vor?

Wurde ihr Kind bereits augenärztlich untersucht? Wenn ja, von wem?

Wann? _____ Mit welchem Ergebnis? _____

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
Bei Fragen bin ich gern für Sie da.

Kontakt:

Sehtüchtig. Praxis für Visualtraining
Marlies Mahnke
Op de Lohe 17
25482 Appen

Telefon 04101 3730190
Fax 04101 3730191
Mobil 0176 96647303
mailto: info@sehtuechtig.com
Home: www.sehtuechtig.com