

Fragebogen für Eltern von Schulkindern

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 oder reibt sich die Augen.	<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 Kopfschmerzen.	<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 geradeaus.	<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"/>
hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird schnell müde, vor allem bei Tätigkeiten in der Nähe.	<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"/>

In der Schule und beim Lernen zuhause:

Mein Kind...	ja	nein	manchmal	weiß nicht
hält einen sehr kurzen Abstand beim Lesen oder Schreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verdrehen beim Lesen oder Schreiben 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"/>
platziert Figuren/Zeichnungen ungünstig auf dem Blatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verliert beim Schreiben die Linie oder schreibt seitlich versetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat eine unregelmäßige Schrift, die Buchstaben „tanzen“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verschlechtert sein Schriftbild im Laufe einer längeren Aufgabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verwechselt Buchstaben wie b und d oder q und p .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lässt Buchstaben, Ziffern oder Endungen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verliert beim Lesen die Zeile, benötigt als Unterstützung z.B. den Finger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beginnt ein längeres Wort richtig, liest dann aber falsch weiter („Ratelesen“).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann sich schlecht vorstellen/merken, was es gerade gelesen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muss laut lesen oder die Lippen bewegen, um den Text zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
macht beim Lesen einen angestregten Eindruck, verzieht das Gesicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel.	<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"/>
ist öfter mal abwesend, ein sogenannter „Tagträumer“.	<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"/>

Freizeit und Sport:

Mein Kind...	ja	nein	manchmal	weiß nicht
ist eher ein Stubenhocker.	<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"/>
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"/>
ist ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist ängstlich beim Geräteturnen/Bockspringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann Entfernungen schlecht einschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
möchte möglichst viel draußen sein und toben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liest gern und lange im Bett und vor dem Einschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liest nicht gern, am ehesten noch Comics.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spielt gern und ausdauernd am Computer, Gameboy etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bastelt oder puzzelt nicht gern.	<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"/>
hat ein schlechtes Zeitgefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sucht dauernd etwas, das „vor der Nase liegt“.	<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