

Fragebogen für Eltern von Schülern

Name Ihres Kindes: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Aktuelle Situation:

Wie machen sich visuelle 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 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"/> |

In der Schule und beim Lernen zuhause:

| Mein Kind... | ja | nein | manchmal | weiß nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nimmt beim Lesen oder Schreiben einen sehr kurzen Abstand ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hält beim Lesen und Schreiben den Kopf oder den Text schräg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| macht beim Lesen einen angestregten Eindruck, verzieht z.B. das Gesicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| verliert beim Lesen die Zeile, nimmt als Unterstützung z.B. den Finger. | <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"/> |
| 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"/> |
| lässt Buchstaben, Ziffern, Endungen oder Satzzeichen aus. | <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"/> |
| sieht Buchstaben/Zeilen zeitweise verschwommen oder doppelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kann nicht stillsitzen, ist unruhig. | <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"/> |

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"/> |
| kann Entfernungen schlecht einschätzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hat Schwierigkeiten, sich zu orientieren, verläuft sich leicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mag keine Ballspiele, ist unsicher beim Werfen und Fangen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist unsicher bei Höhenunterschieden, mag z.B. nicht auf Leitern steigen. | <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 vor dem Einschlafen im Bett. | <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, Nintendo etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mag keine Feinarbeiten wie Basteln/Modellbau, Puzzeln etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges

| Mein Kind... | ja | nein | manchmal | weiß nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| stolpert häufig, stößt sich oder wirft etwas um. | <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"/> |
| verwechselt Rechts und Links. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ist eher ungeschickt mit Werkzeugen. | <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"/> |
| muss alles anfassen, um es erklären zu können. | <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 zuletzt? _____ Mit welchem Ergebnis? _____

Vielen Dank für Ihre Mühe! Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

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