

# Fragebogen für Schüler/ Schülerinnen



Vorname des Kindes ..... Name ..... geb. ....

Adresse .....

Tel. ....

Klasse ..... Schule .....

Geschwister ..... Alter .....

**Liebe Eltern,**  
**um einen möglichst genauen Eindruck vom Sehen Ihres Kindes zu bekommen, bitten wir sie, den folgenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen. Bei Fragen stehen wir anschließend gern zur Verfügung.**

Letzter Termin beim Augenarzt Dr. .... Datum .....

Grund ..... Ergebnis .....

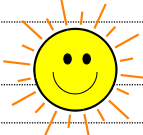
## Fragen zur medizinischen Versorgung

- Ist Ihr Kind zur Zeit in augenärztlicher Behandlung? O ja    O nein
- Trägt Ihr Kind eine Brille? O ja    O nein  
     Haben sich deren Werte in letzter Zeit häufig verändert? O ja    O nein
- Wurde Ihr Kind schon an den Augen operiert? **Rechts / Links?** O ja    O nein
- Hatte Ihr Kind schon eine Verletzung am Auge? O ja    O nein
- Hat Ihr Kind irgendwann einmal geschielt? O ja    O nein
- Gibt es in der Familie jemanden, der geschielt hat? O ja    O nein
- Wurde Ihrem Kind ein Auge abgeklebt? **Rechts / Links?** O ja    O nein
- Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein (z.B. Ritalin) O ja    O nein



## Fragen zur Entwicklung des Kindes

- Ist Ihr Kind **Rechtshänder/ Linkshänder?** .....
- Gab es Komplikationen bei der Geburt Ihres Kindes? .....
- Mit wie vielen Monaten konnte es laufen? ..... Wie lange ist es davor gekrabbelt? .....
- Gab oder gibt es Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung Ihres Kindes (z.B. in der U 1-9)?
- Welche? .....
- Nahm oder nimmt Ihr Kind an einer Ergotherapie, logopädischen Therapie o.ä. teil? .....
- Besonderheiten/ chronische Krankheiten etc.? .....
- Geht Ihr Kind gern zur Schule? .....
- Gibt es Schwierigkeiten in der Schule? .....
- Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes: .....
- .....
- Was macht Ihr Kind am liebsten? ..... eher ungern? .....

Was konnten Sie bisher beobachten?		ja	manchmal	nein	weiß nicht
leidet häufig an Kopfschmerzen					
ist lichtempfindlich (spielt z.B. lieber im Schatten)					
reibt sich öfter die Augen					
klagt über brennende, juckende Augen					
hat leicht tränende oder wässrige Augen					
hat gereizte, gerötete Augen					
stößt sich häufiger irgendwo, wirft leicht etwas um					
schüttet beim Eingießen öfter daneben					
fasst immer alles an, um erklären zu können					
vermeidet direkte Blickkontakte ( flüchtiger Blick)					

