

Fragebogen an die Eltern bzw. Erzieher von

Datum: _____

Name: _____ Spitzname/Rufname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Liebe Eltern, wir möchten einen möglichst genauen Eindruck vom Sehen Ihres Kindes bekommen, füllen Sie daher den Fragebogen bitte vollständig aus. Wenn Sie Fragen dazu haben, helfen wir Ihnen gerne.

Namen der Eltern: _____ Beruf: _____

Geschwister: _____ Geschlecht: _____ Alter: _____

Schule: _____ Ort: _____ Klasse: _____

Name des Lehrers: _____

Wer hat Sie empfohlen?: _____

Welche Sehschwierigkeiten scheint Ihr Kind **heute** zu haben?: _____

Was konnten Sie bisher beobachten? (bitte ankreuzen)

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
einen sehr kurzen Lese- /Schreibabstand				
dreht den Kopf oder das Buch/Blatt beim Lesen schräg				
benutzt beim Lesen gerne ein Lineal / Finger				
lässt Buchstaben oder Ziffern aus / Endungen weg				
verliert beim Lesen leicht die Zeile / lässt Zeilen aus				
fängt längeres Wort richtig an, beendet es aber falsch				
kann sich schlecht merken, was gerade gelesen wurde				
muss laut lesen oder Lippen bewegen um zu verstehen				
muss mehrfach das Gleiche lesen um zu verstehen				
macht beim Lesen einen angestregten Eindruck				
verzieht das Gesicht beim Lesen / Vorlesen (Grimassen)				
muss beim Vorlesen häufig gähnen				
blinzelt auffällig oft				
vermeidet direkte Blickkontakte (flüchtiger Blick)				

Klagt Ihr Kind über Sehprobleme? Wenn ja, wie äussert sich das?: _____

in der Schule...

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Probleme beim Ausmalen / Ausschneiden von Mustern oder Figuren				
benutzt beim Zählen immer noch die Finger				
sieht an der Tafel / am Projektor schlecht oder verschwommen				
Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzuschalten oder umgekehrt				
Tafel (fern) oder Buchstaben (nah) scheinen zeitweise doppelt				
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen				
fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände)				
schlechte Platzierung von Zeichnungen / Zahlen auf dem Blatt				
kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben oder unten)				
schreibt ober- oder unterhalb der Linie				
unregelmässiges Schriftbild, wird schlechter, je länger es dauert				
Verwechseln von Buchstaben wie d und b , p und q usw.				
muss häufig beim Nachbarn abschreiben				
weiss die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen (es ist eben so)				
verläuft sich auf dem Weg zum Klassenzimmer oder innerhalb des Klassenzimmers				
stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stösst sie				
spielt allgemein gern den Klassenkasper				

Sport und Freizeit...

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
unsicher, ängstlich beim Bällefangen (greift daneben oder zeitlich falsch)				
spielt ungern Ballsport (Fussball, Handball, Volleyball, Basketball etc.)				
ängstlich beim Geräteturnen, Bockspringen, mag keine Höhen				
allgemein schlechtes Entfernungsschätzen				
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich leicht				
möchte möglichst nur draussen sein, „rumtollen“				
ist eher ein Stubenhocker, hat kaum Freundschaftskontakte				
ist öfter mal abwesend, ein Tagträumer				
liest gerne und lange im Bett				
spielt oft und ausdauernd Gameboy / Playstation / Computer u. ä.				
liest nicht gerne freiwillig, eher noch Comics				
fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht				
kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“				
mag keine Veränderungen in seinem Umfeld, auch nicht familiär				
sucht häufig etwas, das vor seiner Nase liegt				

Ist Ihr Kind Rechts- oder Linkshänder? _____
 In welchem Alter ist Ihr Kind in den Kindergarten gegangen? _____ und in die 1. Klasse? _____
 Geht Ihr Kind gerne zur Schule? _____ Bei welchem Lehrer? _____
 Gibt es Schwierigkeiten in der Schule? _____ Wenn ja, welche? _____
 Sind die schulischen Leistungen **a)** durchschnittlich **b)** überdurchschnittlich **c)** unterdurchschnittlich? _____
 Was macht Ihr Kind am liebsten? _____
 ...und was eher ungern? _____

allgemeines Befinden

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
schauen die Augen auch bei Müdigkeit noch geradeaus?				
Augen werden oft müde				
reibt sich öfter die Augen				
Augen brennen oder jucken beim Nahsehen				
ausdauernde Konzentration fällt schwer				
hat oft trockene oder gereizte Augen				
leicht tränende oder wässrige Augen				
rollt oder verdreht die Augen				
kneift die Augen zusammen um besser zu sehen				
ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht				
schliesst ein Auge oder versucht es zu verdecken (z. B. Kappe oder Haare etc.)				
fährt ungern Karussell oder Schiffschaukel				
wird leicht schlecht beim Auto- oder Busfahren				
Schmerzen (Druck / Zug) in den Augenhöhlen oder drumherum				
Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich				
verwechselt häufig rechts und links				
eckt öfter an oder stolpert gern				
eher ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadel etc.)				
geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe)				
muss alles anfassen, um es erklären zu können				
läuft auf unebenem Boden unsicher (z. B. Waldboden)				

Gab es eine normale Geburt? _____ falls nein, welche Komplikation? _____
 Ist Ihr Kind gekrabbelt? _____ Wann hat es angefangen zu laufen? _____
 War / ist Ihr Kind lebhaft? _____ Entwicklungsschwierigkeiten? _____
 Wie äussert sich bei Ihrem Kind Müdigkeit? _____
 Dreht ein Auge weg? _____ rechts / links ? _____
 Besonderheiten, chronische Krankheiten etc.? _____
 Wurde Ihr Kind augenärztlich untersucht? _____ Wenn ja, von wem und wann? _____
 Mit welchem Ergebnis? _____
 Hat jemand in der Familie Sehprobleme? _____
 Bekam oder bekommt Ihr Kind irgendwelche Therapien? _____ Wenn ja, welche? _____

Bekommt es irgendwelche Medikamente (z. B. Ritalin)? _____
Beschreiben Sie zum Schluss kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes: _____

Vielen Dank