

IHRE KONTAKTDATEN

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Namen der Eltern/Erziehungsberechtigten

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Name des Lehrers/der Lehrerin

Schulstufe

Von wem wurden Sie überwiesen?

Liebe Eltern!

Um einen umfassenden Eindruck des visuellen Wahrnehmungsvermögen Ihres Kindes zu erhalten, bitte ich sie, den Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig zu beantworten. Bei Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

HABEN SIE FOLgendes BEOBACHTET

Er/Sie ...

hat einen auffällig kurzen Lese-, Schreibabstand?

Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
----	--------	----------	------------	------

dreht den Kopf oder das Buch/Blatt beim Lesen, Schreiben schräg?

benutzt beim Lesen gern ein Lineal, den Finger o.ä.?

verliert beim Lesen leicht die Zeile/ lässt Zeilen aus/ Wörter aus?

beginnt längere Worte richtig, „liest“ aber falsch weiter?

kann sich schlecht merken bzw. vorstellen was gerade gelesen wurde?

muss das gleiche mehrfach lesen um den Sinn zu verstehen?

macht beim Lesen einen angestrengten Eindruck?

schneidet Grimassen beim Lesen?

muss beim Vorlesen häufig gähnen?

blinzelt auffällig oft (alle paar Sekunden) oder runzelt die Stirn?

vermeidet direkten Blickkontakt (flüchtiger Blick) zu anderen Personen?

reibt sich die Augen?

IN DER SCHULE

Er/Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
hat Probleme beim Ausmalen/Ausschneiden von Mustern usw.?					
benutzt beim Zählen noch die Finger?					
hat Schwierigkeiten schnell bei der Nah-Fern-Umzustellung?					
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen?					
fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche/schräge Ränder)?					
Schlechte Platzierung von Zeichnungen/Zahlen (Raumaufteilung)?					
kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben/unten)?					
schreibt über oder unter der Linie?					
hat ein unregelmäßiges Schriftbild, wird schlechter je länger es dauert?					
verwechselt Buchstaben wie „b & d“, „p & q“, „m & n“ usw.?					
verwechselt Zahlen wie z. B. „78 und 87“?					
hält Bücher näher als normal?					
muss häufig beim Nachbarn abschreiben?					
Hat ihr Kind Erinnerungsschwierigkeiten?					
verläuft sich auf dem Weg zum oder innerhalb des Klassenzimmers?					
spielt gerne den „Klassen-Kasper“?					

In welchem Alter ist Ihr Kind in den Kindergarten gegangen?

In die erste Klasse?

Ist Ihr Kind Rechts- oder Linkshänder ?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule? Ja , Nein

Was macht Ihr Kind am liebsten?

Was macht Ihr Kind eher ungern?

Wie sind die schulischen Leistungen? überdurchschnittlich , durchschnittlich , unterdurchschnittlich

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? Ja , Nein , wenn „Ja“: Welche?

SPORT + FREIZEIT

Er/Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
ist unsicher beim Bälle fangen trifft, fängt falsch zu früh/spät?					
spielt ungerne Ballsport z. B. Handball, Fußball, Federball?					
ist unsicher beim Fahrrad fahren, vor allem bei Kurven?					
schätzt allgemein Entfernungslagen schlecht ein?					
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich leicht?					
möchte möglichst nur draußen sein – immer „rumtollen“?					
ist eher ein Stubenhocker, hat kaum Freundschaftskontakte?					
ist öfter „abwesend“, ein sogenannter „Tagträumer“?					
liest gerne und lange im Bett vorm einschlafen?					
spielt oft und ausdauernd Gameboy/Computer o.ä.?					
liest nicht gern freiwillig, am ehesten noch Comics?					
fängt immer neue Dinge an, beendet sei jedoch nicht?					
kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“?					
mag keine Veränderungen in seinem Umfeld?					
sucht häufig etwas, das „vor der Nase“ liegt?					

ALLGEMEINES BEFINDEN

Er/Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
schaut auch bei Müdigkeit mit den Augen immer geradeaus?					
die Augen werden leicht müde, vor allem beim Lesen?					
reibt sich öfters die Augen?					
Augen brennen oder jucken beim Nahsehen?					
ausdauernde Konzentration fällt schwer?					
hat oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen?					
rollt oder verdreht die Augen?					
kneift/zwickt oft die Augen zusammen um besser zu Sehen?					
ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht?					
schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken (Hand, Haare)?					
fährt ungern Karussell?					
wird leicht schlecht beim Auto/Bus fahren?					
hat Schmerzen (Druck/Zug) in den Augenhöhlen/um die Augen herum?					
hat Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schlafengebiet?					

Verlief die Schwangerschaft normal? Ja , Nein

Verlief die Geburt normal? Ja , Nein

Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ja , Nein , wenn „Ja“: Ab welchem Alter?

Hatte Ihr Kind Entwicklungsschwierigkeiten? Ja , Nein , wenn „Ja“: Welche?

War oder ist Ihr Kind lebhaft? Ja , Nein

Wie äußert sich Müdigkeit bei Ihrem Kind?

Dreht ein Auge weg – nach rechts oder links? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Schnarcht Ihr Kind? Ja , Nein

ERGÄNZENDE FRAGEN

Er/Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
muss alles anfassen, um es erklären zu können?					
hat allgemein ein schlechtes Zeitgefühl?					
verwechselt häufig „rechts und links“?					
eckt öfter an, stolpert, wirft leicht etwas um?					
hat eine schlechte Koordination?					
ist eher ungeschickt mit Werkzeug (Hammer, Schraubenzieher)?					
hat eher Schwierigkeiten beim Treppen steigen?					
geht auf unebenen Boden unsicher, z.B. Waldboden?					

ERGÄNZENDE FRAGEN

Klagt ihr Kind über Sehprobleme? Ja Nein , wenn „Ja“: Wie äußert sich das?

Wurde Ihr Kind augenärztlich untersucht? Ja Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

Haben Familienmitglieder Probleme mit der Sehschärfe? Ja Nein , wenn „Ja“: Wer?

Welche?

Leidet Ihr Kind an chronischer Mittelohrentzündung? Ja Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Wurde bei Ihrem Kind ein Hörtest durchgeführt? Ja Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

Hatte Ihr Kind Verletzungen? Ja Nein

Leidet ihr Kind an Allergien? Ja Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Leidet ihr Kind an chronischen Erkrankungen? Ja Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

An welchen?

Leidet ihr Kind an Epilepsie? Ja Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Hatte Ihr Kind Operationen? Ja Nein , wenn „Ja“: Wann?

Welche?

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Bei wem?

Weshalb?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Welche?

Von wem verordnet?

Hat Ihr Kind Medikamente wegen ADD, ADHD, POS (Hyperaktivität) verordnet bekommen? Ja Nein

Sonstige Auffälligkeiten?

Hat es bisher irgendwelche Therapien bzgl. Bewegungs-, Lern-, Seh-, oder Sprachproblemen gegeben? Ja Nein

Wenn „Ja“: Welche?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!