

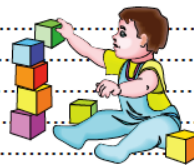
Fragebogen für Eltern von Vorschulkindern

Name des Kindes:..... Geb.Datum:.....
 Wohnort:..... Straße:.....
 ev.Spitzname/Kosename:..... Kindergarten:.....
 Geschwister:..... Geschlecht:..... Alter:.....
 Name des Erziehungsberechtigten:..... Telefon:.....
 Beruf:.....
 von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen?:.....

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein **Wahrnehmungs**-Problem zu haben?:

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon folgendes beobachtet ?: **ja** **nein** **manchmal** **weiß nicht**
 (bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffendes streichen).....

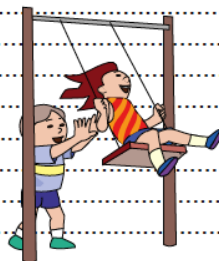
- | | ja
↓ | nein
↓ | manchmal
↓ | weiß nicht
↓ |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Probleme beim Ausmalen von Bildern etc..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Probleme beim Ausschneiden von Figuren etc..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| einen recht kurzen Abstand beim Malen, Bilderbuch schauen etc..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dreht den Kopf beim Bilderbuch anschauen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| legt das Blatt beim Malen schräg..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| malt insgesamt eher ungern..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hat Probleme Farben richtig zu benennen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| malt ungern farbig oder wenn, mehr dunkle Farben..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| spielt ungern mit normalen, glatten Bauklötzchen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| bevorzugt lieber Duplo / Legosteine o.ä..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| spielt oft und ausdauernd "Gameboy", Computer o.ä..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| puzzelt nicht gerne..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hat Probleme, einfache Muster nachzustecken..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kann sich schlecht vorstellen was erzählt / vorgelesen wird..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hat Probleme beim Schuhe binden (Schnürsenkel) oder Knöpfen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



Klagt Ihr Kind über Sehprobleme ? - Wenn ja, wie äußert sich das ?:.....

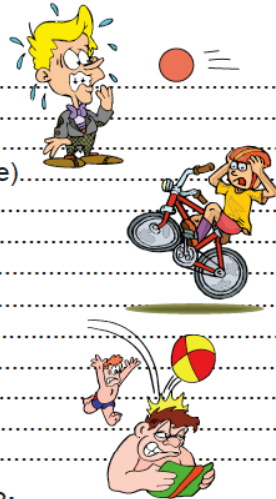
Allgemeines Befinden: **ja** **nein** **manchmal** **weiß nicht**
 ↓ ↓ ↓ ↓

- | | ja
↓ | nein
↓ | manchmal
↓ | weiß nicht
↓ |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| schauen die Augen auch bei Müdigkeit geradeaus..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ein Auge dreht weg - rechts / links - nach - innen / außen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kneift die Augen um besser zu sehen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B d. Kappe/Haare etc.)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| reibt sich öfter die Augen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| rollt oder verdreht die Augen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| blinzelt auffällig oft..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hat häufig gerötete Augen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| oft trockene oder brennende Augen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| leicht tränende Augen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ist relativ lichtempfindlich..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| bevorzugt eher dunklere Ecken beim Spielen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schaukelt nicht gern..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fährt ungern Karussell o.ä..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hat öfter Kopfweg / Bauchweg..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| allgemein Schwindel / Unwohlsein..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



So dies und das :

- unsicher, ängstlich beim Bälle fangen.....
- verwechselt häufig Rechts und Links.....
- hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter.....
- geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe).....
- hat Probleme beim Roller fahren, Fahrrad fahren.....
- läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden).....
- ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern.....
- eckt öfter an oder stolpert / wirft leicht etwas um.....
- zielt beim Eingießen nicht mittig, legt noch Flasche auf.....
- ungeschickt bei Spielen wie Mikado, Halma o.ä.....
- allgemein schlechte motorische Koordination.....
- kann schlecht die Balance halten.....
- hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen.....



| ja | nein | manchmal | weiß nicht |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



- ist Ihr Kind **Rechtshänder / Linkshänder** ?:.....
- gab es eine normale Geburt - **ja / nein** - (weshalb) ?:.....
- ist Ihr Kind gekrabbelt - **ja / nein** - sog. Vierfüßlerstand ?:.....
- wann lief Ihr Kind erstmals (Alter)?:.....
- wie äußert sich beim Kind Müdigkeit:.....
- Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten?:.....

Fiel folgendes vielleicht schon mal auf?:

- spielt gern den "Kindergarten-Kasper".....
- stellt andern Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie.....
- mag keine Veränderungen in seinem Umfeld.....
- sucht häufig etwas, das "vor der Nase" liegt.....
- möchte möglichst oft draußen sein, "rumtollen".....
- ist eher ein "Stubenhocker".....
- zieht sich gern zurück, spielt lieber allein.....
- muß alles anfaßen, um es erklären zu können.....
- ausdauernde Konzentration fällt schwer (auch Zuhören!).....
- fragt ständig ohne eigentlich die Antwort abzuwarten.....
- grimmastert gern (verzieht das Gesicht).....
- zeigt "altkluges" Verhalten.....
- allgemein schlechtes Einschlafen.....
- schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf.....
- hat allgemein kein Zeitgefühl.....
- muß zu unpassenden Zeiten auf die Toilette.....
- kann nicht still sitzen, ist immer "zappelig".....
- fängt ständig neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht.....



| ja | nein | manchmal | weiß nicht |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



- In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten ?:.....
- geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten - **ja / nein / unterschiedlich** -.....
- gibt es irgendwelche Schwierigkeiten dort - **ja / nein** - welche ?:.....
- was macht Ihr Kind am liebsten ?:.....
- und was eher ungern ?:.....
- hatte es Schwierigkeiten die Uhr zu erlernen ?: - **ja / nein** -.....

- Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht - **ja / nein** - von wem?:.....
- wann ?:..... mit welchem Ergebnis ?:.....
- hat jemand in der Familie visuelle Probleme - **ja / nein** - wer?:.....
- welcher Art ?:.....
- bekommt / bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien - **ja / nein** - welche?:.....
- bekommt es derzeit Medikamente (z.B. Ritalin etc.) - **ja / nein** - welche?:.....

Datum: _____

Unterschrift: _____

*Blickweise | optometrisches Visualtraining | Kinderoptometrie
Gabriele Ueltzen | Augenoptikermeisterin & Visualtrainerin*