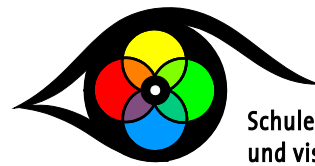


# Fragebogen für Kindergartenkinder



Schule für Sehverhalten  
und visuelle Wahrnehmung

## Die Seh : Praktikerin

Regina Prieß  
Hahler Straße 49  
32427 Minden  
Telefon 0571.8891596

Datum:

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Kindergarten: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_

Name des(r) Erziehers(in): \_\_\_\_\_

Geschwisteranzahl: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen: \_\_\_\_\_

Klagt Ihr Kind über Sehprobleme? - Wenn ja, wie äußert sich das? \_\_\_\_\_

(Reicht der vorgesehene Platz nicht oder möchten Sie etwas ergänzen, benutzen Sie bitte ein Extrablatt.)



### Im Kindergarten:

ja manchmal unbekannt nein

Probleme beim Ausmalen von Bildern..... .....  ..... .....

Hat Probleme die Farben zu benennen..... .....  ..... .....

Probleme beim Ausschneiden von Figuren..... .....  ..... .....

Kurzer Abstand beim Malen , Bücher schauen ... .....  ..... .....

Puzzelt nicht gerne / Malt ungern..... .....  ..... .....

Bevorzugt lieber Duplo anstelle glatter Bauklötze .....  ..... .....

Kann nicht still sitzen, ist "zappelig" ..... .....  ..... .....

Spielt gern den Gruppen-Kasper ..... .....  ..... .....

Hat Probleme, einfache Muster nachzustecken.. .....  ..... .....

Hat Probleme mit Knöpfen..... .....  ..... .....

Stellt anderen Kindern gerne ein Bein,  
berührt oder stößt sie ..... .....  ..... .....

Gibt es Schwierigkeiten im Kiga? Ja ..Nein  Welche? \_\_\_\_\_

Was macht das Kind am liebsten? \_\_\_\_\_





## Allgemeines Befinden:

ja manchmal unbekannt nein

- Die Augen schauen bei Müdigkeit nicht immer gradeaus ..... .....  ..... .....
- Reibt sich öfters die Augen ..... .....  ..... .....
- Augen brennen oder jucken beim Nahsehen ..... .....  ..... .....
- Macht beim Malen/Anschauen einen angestregten Eindruck..... .....  ..... .....
- Ausdauernde Konzentration fällt schwer ..... .....  ..... .....
- Kneift oft die Augen zusammen um besser zu sehen ..... .....  ..... .....
- Rollt oder verdreht die Augen ..... .....  ..... .....
- Hat öfter gerötete Augen ..... .....  ..... .....
- Bevorzugt dunkle Ecken beim Spielen..... .....  ..... .....
- Die Augen tränen leicht..... .....  ..... .....
- Ist lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen ..... .....  ..... .....
- Schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken ..... .....  ..... .....
- Ein Auge dreht weg ..... .....  ..... .....
- rechts...links.....nach innen.. nach außen
- Wird leicht schlecht beim Autofahren/Busfahren ..... .....  ..... .....
- Fährt ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä. .... .....  ..... .....
- Schmerzen in den Augenhöhlen/um die Augen herum ..... .....  ..... .....
- Kopfschmerzen /Bauchweh..... .....  ..... .....
- Wie oft? \_\_\_\_ x Woche/Monat                      Wo?..... Schläfe...Stirn.....Oberhaupt
- Verstärkt nach Kiga?.....Ja ...Nein



## Zur Entwicklung

- ◆ War die Schwangerschaft mit Komplikationen?.....Ja ..Nein

Bei „Ja“ → \_\_\_\_\_

Zeitpunkt der Geburt: \_\_\_\_\_ SSW(Schwangerschaftswoche) + \_\_\_\_\_ Tage

- ◆ War die Geburt mit Komplikationen?.....Ja ..Nein

Bei „Ja“ → \_\_\_\_\_

- ◆ Kaiserschnitt?.....Ja ..Nein

Wenn „Ja“, warum? \_\_\_\_\_

PH-Wert Nabelarterie (bitte dem Heft U1–U9 entnehmen, 1.Seite über Geburtsdaten) \_\_\_\_\_

Ist ihr Kind gekrabbelt?.....Ja ..Nein  ..... Bei ja, in welchem Alter?: \_\_\_\_\_

In welchem Alter lief Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Ist ihr Kind Rechtshänder ....oder Linkshänder

- Gab es Probleme in der Händigkeitsfindung ..... Ja ..Nein
- Vermeidet den Blickkontakt ..... Ja ..Nein
- Liegt eine Epilepsie vor? ..... Ja ..Nein
- ◆ Wurde ihr Kind schon einmal operiert?..... Ja ..Nein   
 Wenn ja, woran? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_
- ◆ Hatte ihr Kind schon einmal einen Unfall? ..... Ja  Nein   
 Was ist passiert? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_
- ◆ Bekommt ihr Kind Medikamente? ..... Ja  Nein   
 Welche? \_\_\_\_\_
- ◆ Bekommt/bekam ihr Kind fördernde Therapie? ..... Ja  Nein   
 Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Berichte, falls vorhanden bitte beifügen! **Kopiert**



**So dies und das:**

ja manchmal unbekannt nein

- Verwechselt häufig Rechts und Links ..... .....  ..... .....
- Dreht den Kopf, das Buch/Blatt beim Ansehen/Malen schräg ..... .....  ..... .....
- Muss alles anfassen, um es erklären zu können ..... .....  ..... .....
- Eckt öfter an oder stolpert häufig, wirft leicht etwas um ..... .....  ..... .....
- Hat eine schlechte allgemeine motorische Koordination ..... .....  ..... .....
- Ist allgemein ungeschickt/Tollpatschigkeit ..... .....  ..... .....
- Ist ungeschickt mit Werkzeugen  
 (Hammer, Schraubenzieher, Nadel, Messer, Gabel, Pinsel usw.)... .....  ..... .....
- Geht Treppen Stufe für Stufe (nicht alternierend) ..... .....  ..... .....
- Läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden) ..... .....  ..... .....



**Sport + Freizeit:**

ja manchmal unbekannt nein

- Ist unsicher, ängstlich beim Bälle fangen ..... .....  ..... .....
- Spielt ungern Ballsport z.B: Fangen, Handball, Federball usw .....  ..... .....
- Trifft/fängt Bälle nicht richtig.....zu früh...zu spät
- schlägt daneben..... .....  ..... .....
- Ängstlich beim Geräteturnen /kleinen Höhenunterschieden .....  ..... .....
- Schlechtes Entfernungsschätzen ..... .....  ..... .....
- Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter ..... .....  ..... .....
- Ist ein "Stubenhocker" ..... .....  ..... .....



Liest gern im Bett (stundenlang)..... .....  ..... .....

Wie lange sitzt ihr Kind Ø vor dem PC: \_\_\_\_\_Std

Fernseher: \_\_\_\_\_Std      X-Box/ Playstation/ Nintendo/ Wii / Gameboy \_\_\_\_\_Std

Hobbys/Lieblingsthema: \_\_\_\_\_

 **Augenarzt**

Wurde das Kind früher augenärztlich untersucht? ..... Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_ Von wem? \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_

**Bericht?**

Aktuelle Brillenwerte:

Ferne	Sphäre / S	Zylinder / cyl	Achse / A
Rechtes Auge			
Linkes Auge			

Hat jemand in der Familie visuelle Probleme? Ja  Nein  Wer? \_\_\_\_\_

Welche? \_\_\_\_\_

Was sollen sich für ihr Kind ändern:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_