

Fragebogen für Kindergartenkinder



Schule für Sehverhalten
und visuelle Wahrnehmung

Die Seh:Praktikerin

Regina Prieß

Hahler Straße 49 · 32427 Minden

Richard-Lattorf-Straße 35 · 30453 Hannover
Bitte mit angeben: Räume der Gelenk-Reha

Telefon 0151 40368079

www.diesehpraktikerin.de

Datum:

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Tel: _____ E Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Kinderarzt: _____

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Kindergarten: _____ Gruppe: _____

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.
- 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)

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

Bei „Ja“ → _____

- ◆ Kaiserschnitt?.....Ja ..Nein

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? _____

Lag bei Ihrem Kind ein Kiss-Syndrom vor..... JaNein

Wenn ja, was haben Sie zur Behebung unternommen _____

Trägt Ihr Kind Schuheinlagen Ja ...Nein

Ist ihr Kind Rechtshänder ...oder Linkshänder

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

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.)...

Trifft beim Eingießen nicht das Glas

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

Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter



ja manchmal unbekannt nein

Ist ein "Stubenhocker"

Schaut Bilderbücher/liest gern im Bett (stundenlang).....

Wie lange sitzt ihr Kind Ø vor dem PC/Laptop/Tablet/Handy:_____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?**

Wurde Ihr Kind an den Augen operiert Ja Nein

Wenn ja, an welchem Auge rechtes linkes warum _____

Setzen Sie zur Zeit eine Okklusionstherapie um Ja Nein

Welches Auge rechtes linkes wie lange _____Std

Aktuelle Brillenwerte:

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

Hat jemand in der Familie visuelle Probleme? Ja Nein Wer? _____

Welche? _____

Was soll sich für ihr Kind ändern:
