

Fragen an Eltern und Erzieher..



Schule für Sehverhalten
und visuelle Wahrnehmung

Die Seh: Praktikerin

Regina Prieß

Richard-Lattorf-Straße 33 · 30453 Hannover

Telefon 0151 40368079

www.diesehpraktikerin.de

Datum:

(Kind)

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Tel: _____ E Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Schule: _____ Klasse: _____

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 die letzte Seite.)



In der Schule...

ja manchmal unbekannt nein

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| sieht an der Tafel/Projektor schlecht/verschwommen..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| wird die Tafel zeitweise doppelt gesehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| erscheinen zeitweise die Buchstaben im Heft doppelt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verschwimmt die Schrift, ist unruhig, Buchstaben tanzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hat Schwierigkeiten beim Abschreiben..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben oder unten) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schreibt über oder unter der Linie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unregelmäßige Handschrift | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verwechseln von Buchstaben wie d und b , p und q usw. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kann nicht stillsitzen, ist "zappelig" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule?Ja ..Nein

Welche? _____

Sind die schulischen Leistungen: durchschnittlich/überdurchschnittlich/unterdurchschnittlich?

Was macht Ihr Kind am liebsten? _____



Haben Sie/jemand Anderes vielleicht folgendes beobachtet?

ja manchmal unbekannt nein

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Verwechselt häufig Rechts und Links | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Einen recht kurzen Lese/Schreibabstand(Kopf nah am Tisch)..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dreht den Kopf, das Buch/Blatt beim Lesen/Schreiben schräg | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



- Verliert beim Lesen leicht die Zeile/lässt ganze Zeilen aus
- Benutzt beim Lesen gern ein Lineal/Finger o.ä.
- Lässt Buchstaben oder Ziffern aus
- Fängt längeres Wort richtig an, „liest“ aber falsch weiter (Ratelesen)
- Kann sich schlecht merken/vorstellen was gerade gelesen wurde
- Muss laut lesen oder Lippen bewegen, um den Text zu verstehen
- Muss häufig beim Nachbarn abschreiben



Allgemeines Befinden:

- | | ja | manchmal | unbekannt | nein |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Reibt sich öfters die Augen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Augen brennen oder jucken beim Nahsehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Macht beim Lesen einen angestregten Eindruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ausdauernde Konzentration fällt schwer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kneift oft die Augen zusammen um besser zu sehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hat öfter gerötete Augen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Die Augen tränen leicht..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ist lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ein Auge dreht weg - rechts/links | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bei Müdigkeit dreht ein Auge weg - rechts/links | <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"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wie oft? x Woche/Monat | Wo?...Schläfe <input type="checkbox"/> ..Stirn <input type="checkbox"/> ..Oberhaupt <input type="checkbox"/> | | | |
| Verstärkt nach Schule?...Ja <input type="checkbox"/> ...Nein <input type="checkbox"/> | | | | |
| Benutzt Ihr Kind digitale Medien in der Schule?...Ja <input type="checkbox"/> ...Nein <input type="checkbox"/> | | | | |



Zur Gesundheit

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!**



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? _____

Ist ihr Kind Rechtshänderoder Linkshänder

Vermeidet den Blickkontakt JaNein

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

Wenn ja, was haben Sie zur Behebung unternommen _____

Trägt Ihr Kind Schuheinlagen JaNein

Wird Ihr Kind durch Kieferorthopädie begleitetJaNein



Sport + Freizeit:

ja manchmal unbekannt nein

Ist unsicher, ängstlich beim Bälle fangen

Spielt ungern Ballsport z.B. Völkerball Handball, Federball usw.

Trifft/fängt Bälle nicht richtig
(zu früh zu spät), schlägt daneben.....

Ängstlich beim Geräteturnen /kleinen Höhenunterschieden

Ist ein "Stubenhocker"

Fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht

Probleme beim Ausmalen/Ausschneiden

Liest nicht gern freiwillig, am ehesten noch "Comics"

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

Sucht häufig etwas, dass vor der Nase liegt.....

Hat Ihr Kind ein Handy: JaNein

Digitale Medien (Fernsehen /Handy /X-Box /Playstation /Nintendo /Wii /Gameboy _____Std

Hobbys/Lieblingsthema: _____

Sport (außer Schulsport) _____Std Was_____

Bitte wenden!



- So dies und das:** ja manchmal unbekannt nein
- 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 ungeschickt mit Werkzeugen
(Hammer, Schraubenzieher, Nadel usw.).....
- Geht Treppen Stufe für Stufe (nicht alternierend)

Augenarzt:

Wurde das Kind schon augenärztlich untersucht? Ja Nein

Wann? _____

Von wem? _____

Mit welchem Ergebnis _____

Bericht ?

Wurde das Kind an den Augen operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ Woran? _____

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:
