Fragebogen für Kindergartenkinder

Schule für Sehverhalten
und visuelle Wahrnehmung
Die Seh : Praktikerin
Regina Prieß
Richard-Lattorf-Straße 33 · 30453 **Hannover**
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	O	O	O	O
Hat Probleme die Farben zu benennen	O	O	O	O
Probleme beim Ausschneiden von Figuren	O	O	O	O
Kurzer Abstand beim Malen, Bücher schauen …	O	O	O	O
Puzzelt nicht gerne / Malt ungern	O	O	O	O
Bevorzugt lieber Duplo anstelle glatter Bauklötze	O	O	O	O
Kann nicht still sitzen, ist "zappelig"	O	O	O	O
Spielt gern den Gruppen-Kasper	O	O	O	O
Hat Probleme, einfache Muster nachzustecken	O	O	O	O
Hat Probleme mit Knöpfen	O	O	O	O
Stellt anderen Kindern gerne ein Bein, berührt oder stößt sie	O	O	O	O

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 geradeaus	O	O	O	O
Reibt sich öfters die Augen	O	O	O	O
Augen brennen oder jucken beim Nahsehen	O	O	O	O
Macht beim Malen/Anschauen einen angestrengten Eindruck	O	O	O	O
Ausdauernde Konzentration fällt schwer	O	O	O	O
Kneift oft die Augen zusammen um besser zu sehen	O	O	O	O
Rollt oder verdreht die Augen	O	O	O	O
Hat öfter gerötete Augen	O	O	O	O
Bevorzugt dunkle Ecken beim Spielen	O	O	O	O
Die Augen tränen leicht	O	O	O	O
Ist lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen	O	O	O	O
Schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken	O	O	O	O
Ein Auge dreht weg	O	O	O	O

☐rechts…☐links.....☐nach innen..☐ nach außen

Wird leicht schlecht beim Autofahren/Busfahren	O	O	O	O
Fährt ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä.	O	O	O	O
Kopfschmerzen /Bauchweh	O	O	O	O

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…… Ja ☐….Nein ☐

  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	O.....	O	O.....	O
Muss alles anfassen, um es erklären zu können	O.....	O	O.....	O
Eckt öfter an oder stolpert häufig, wirft leicht etwas um	O.....	O	O.....	O
Hat eine schlechte allgemeine motorische Koordination	O.....	O	O.....	O
Ist allgemein ungeschickt/Tollpatschigkeit	O.....	O	O.....	O
Ist ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadel, Messer, Gabel, Pinsel usw.)...	O.....	O	O.....	O
Trift beim Eingießen nicht das Glas ……	O.....	O	O.....	O
Geht Treppen Stufe für Stufe (nicht alternierend) …….....	O.....	O	O.....	O
Läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)	O.....	O	O.....	O

Sport + Freizeit:

	ja	manchmal	unbekannt	nein
Ist unsicher, ängstlich beim Bälle fangen	O.....	O	O.....	O
Spielt ungern Ballsport z.B:Fangen, Handball, Federball usw	O.....	O	O.....	O
Trifft/fängt Bälle nicht richtig……..zu früh☐…zu spät☐ schlägt daneben……..	O.....	O	O.....	O
Ängstlich beim Geräteturnen /kleinen Höhenunterschieden	O.....	O	O.....	O
Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter	O.....	O	O.....	O

	ja	manchmal	unbekannt	nein
Ist ein "Stubenhocker"	O	O	O	O
Schaut Bilderbücher/liest gern im Bett (stundenlang)	O	O	O	O

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:

_____

_____

_____

_____