

# Fragen an Jugendliche und die Erzieher...



**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](http://www.diesehpraktikerin.de)

Datum:

(Kind)

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

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

Eltern: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**E** von Erziehern zu beantworten

**J** von den Jugendlichen zu beantworten

- E** 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 .....   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kann sich schlecht merken/vorstellen was gerade gelesen wurde ..... | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**E** Zur Gesundheit

Liegt eine Epilepsie vor? ..... Ja ..Nein

Wurde ihr Kind vor dem 1. Lebensjahr operiert?..... Ja ..Nein

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!



Bitte wenden!



### 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

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

Vermeidet den Blickkontakt ..... Ja ....Nein

Wird Ihr Kind durch einen Kieferorthopäden begleitet ...Ja ....Nein



### 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" ..... .....  ..... .....

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

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

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

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

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



### Augenarzt:

Wurde Ihr Kind schon augenärztlich untersucht? ..... Ja  Nein

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

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

#### Bericht ?

Aktuelle  
Brillenwerte:

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

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

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

**J** In der Schule...

ja manchmal unbekannt nein

- Ich sehe an der Tafel/Projektor schlecht/verschwommen.....  .....  .....  .....
- Ich habe Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzustellen(oder umgekehrt)  .....  .....  .....
- Ich sehe an der Tafel zeitweise doppelt.....  .....  .....  .....
- Die Buchstaben erscheinen zeitweise im Heft doppelt .....  .....  .....  .....
- Die Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen .....  .....  .....  .....
- Sonst noch: .....
- .....

**J** Allgemeines Befinden:

ja manchmal unbekannt nein

- Ich reibe mir öfter die Augen .....  .....  .....  .....
- Meine Augen brennen oder jucken beim Nahsehen .....  .....  .....  .....
- Lesen strengt mich an .....  .....  .....  .....
- Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer .....  .....  .....  .....
- Ich kneife oft die Augen zusammen, um besser zu sehen .....  .....  .....  .....
- Ich habe öfter gerötete Augen .....  .....  .....  .....
- Meine Augen tränen leicht .....  .....  .....  .....
- Ich bin lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen ...  .....  .....  .....
- Um besser zu sehen,  
schließe ich ein Auge oder versuche es zu verdecken .....  .....  .....  .....
- Ein Auge dreht weg - rechts/links .....  .....  .....  .....
- Bei Müdigkeit dreht ein Auge weg - rechts/links .....  .....  .....  .....
- Mir wird leicht schlecht beim Autofahren/Busfahren .....  .....  .....  .....
  
- Kopfschmerzen .....  .....  .....  .....
- Wie oft? ..... x Woche/Monat      Wo?...Schläfe  ..Stirn  ..Oberhaupt
- Verstärkt nach Schule?...Ja  ...Nein

**J** Auto und Verkehr( Bitte auch als Noch-Beifahrer beantworten):

ja manchmal unbekannt nein

- Ich habe Schwierigkeiten,  
im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen .....  .....  .....  .....
- Mitfahrer meinen,  
ich fahre meistens zu weit rechts oder links .....  .....  .....  .....
- Beim Einparken habe ich Probleme mit dem richtigen Abschätzen .....  .....  .....  .....
- Überholvorgänge mache ich ungern  
(Entfern. + Geschwindigkeitseinschätzung).....  .....  .....  .....
- Bei Dämmerung werde ich unsicher, fahre nachts allgemein ungern  .....  .....  .....

Bitte wenden!



	ja manchmal unbekannt nein
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt .....	O.....O .....O.....O
Durch die Scheinwerfer habe ich starke Blendungsprobleme .....	O.....O .....O.....O
Straßenschilder erkenne ich erst später als mancher Mitfahrer .....	O.....O .....O.....O
Den Tacho während der Fahrt abzulesen, ist für mich schwierig ....	O.....O .....O.....O

Oder bist du noch Beifahrer und es fällt dir dabei etwas auf: \_\_\_\_\_

---

**J PC und Sehanforderung:**

Ich arbeite am Computer ..... Ja     Nein     Manchmal

Bei "Ja", wie lange? \_\_\_\_\_ Std/täglich

Tablet/Laptop                       Bei "Ja", wie lange? \_\_\_\_\_ Std/täglich

Handy                       Bei "Ja", wie lange? \_\_\_\_\_ Std/täglich

Wie weit ist der Bildschirm(Mitte des Display) von dir entfernt : \_\_\_\_\_ cm Handy: \_\_\_\_\_ cm

Wie hoch ist der obere Rand des Bildschirms vom Schreibtisch entfernt : \_\_\_\_\_ cm

Wie ist der Lichteinfall an deinem Arbeitsplatz? Wieviele Lichtquellen gibt es dort?

**(Skiziere ggf. auf einem Extrablatt!)**

	ja manchmal unbekannt nein
Digitale Arbeit / Computer strengt mich an?.....	O.....O .....O.....O
Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf?.....	O.....O .....O.....O
Das Manuskript/ die Tastatur erscheint zeitweise unscharf?.....	O.....O .....O.....O
Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf?.....	O.....O .....O.....O

Was soll sich ändern:

---

Danke!

