

# Fragen an Eltern und Erzieher..



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](http://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 <b>d</b> und <b>b</b> , <b>p</b> und <b>q</b> 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 Rechtshänder ....oder Linkshänder

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

Lag bei Ihrem Kind ein Kiss-Syndrom vor..... Ja ....Nein

Wenn ja, was haben Sie zur Behebung unternommen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trägt Ihr Kind Schuheinlagen ..... Ja ....Nein

Wird Ihr Kind durch Kieferorthopädie 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" ..... .....  ..... .....

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: ..... Ja ....Nein

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:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_