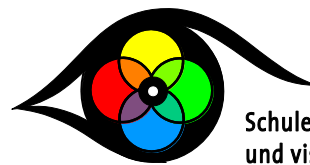


# Fragen an Jugendliche und die Erzieher...



Schule für Sehverhalten  
und visuelle Wahrnehmung

## Die Seh :Praktikerin

Regina Prieß  
Hahler Straße 49  
32427 Minden

Datum:   (Kind)  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ E Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_  
 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"/>
Benutzt beim Lesen gern ein Lineal/Finger o.ä. ....	<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 schon einmal operiert?..... Ja ..Nein

Wenn ja, woran? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind schon einmal einen Unfall?.... Ja  Nein

Was ist passiert? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

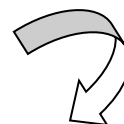
Bekommt ihr Kind Medikamente? ..... Ja  Nein

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

Bekommt/bekam ihr Kind fördernde Therapie?..... Ja  Nein  Wenn „Ja“, welche und wann?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Berichte, falls vorhanden bitte beifügen!

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

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

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



### 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 .... .....  ..... .....

Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter ..... .....  ..... .....

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: \_\_\_\_\_Std

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

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

**J Allgemeines Befinden:**

ja manchmal unbekannt nein

- Reibe mir öfter die Augen .....  .....  .....  .....
- Meine Augen brennen oder jucken beim Nahsehen .....  .....  .....  .....
- Lesen strengt mich an .....  .....  .....  .....
- Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer .....  .....  .....  .....
- Kneife oft die Augen zusammen um besser zu sehen .....  .....  .....  .....
- Habe öfter gerötete Augen .....  .....  .....  .....
- Die Augen tränen leicht.....  .....  .....  .....
- Bin lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen .....  .....  .....  .....
- Schließe 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 .....  .....  .....  .....
- Fahre ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä. ....  .....  .....  .....
- 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 .....  .....  .....  .....

Bitte wenden!



ja manchmal unbekannt nein

- 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 ..... ..... ..........
- Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt ..... ..... ..........
- Durch die Scheinwerfer habe ich starke Blendungsprobleme ..... ..... ..........
- Es fällt mir schwer, mich zu orientieren  
oder in der Straßenkarte zurechtzufinden..... ..... ..........
- Straßenschilder erkenne ich erst später als mancher Mitfahrer ..... ..... ..........
- Den Tacho während der Fahrt abzulesen, ist für mich schwierig .... ..... ..........
- Oder bist du noch Beifahrer und es fällt dir dabei etwas auf: \_\_\_\_\_
- 



### PC und Sehanforderung:

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

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

Tablet-PC     Handy     Bei "Ja", wie lange? \_\_\_\_\_Std/täglich

Wie weit ist der Bildschirm von Dir entfernt : \_\_\_\_\_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

Computerarbeit strengt mich an?..... ..... ..........

Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf?..... ..... ..........

Das Manuskript/ die Tastatur erscheint zeitweise unscharf?..... ..... ..........

Blickwechsel vom

Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf?..... ..... ..........

Was soll sich ändern:

\_\_\_\_\_ **Danke!**

