

Fragen an Eltern und Erzieher..



Die Seh : Praktikerin

Regina Prieß

Richard-Lattorf-Straße 33 · 30453 Hannover

Telefon 0151 40368079

www.diesepraktikerin.de

(Kind)

Datum:

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.....
- Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt)
- erscheinen zeitweise die Buchstaben im Heft doppelt
- verschwimmt die Schrift, ist unruhig, Buchstaben tanzen
- hat Schwierigkeiten beim Abschreiben.....
- kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben oder unten)
- schreibt über oder unter der Linie
- unregelmäßige Handschrift
- verwechselt von Buchstaben wie **d** und **b**, **p** und **q** usw.
- kann nicht stillsitzen, ist "zappelig"
- liest nicht gern freiwillig, am ehesten noch "Comics"

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule? Ja Nein

Welche? _____

Sind die schulischen Leistungen: durchschnittlich/überdurchschnittlich/unterdurchschnittlich?

Was macht Ihr Kind am liebsten? _____

Die Schule setzt ein: Klassische grüne Tafel Tablets Digitale Tafel/Whiteboard



Haben Sie/jemand Anderes vielleicht folgendes beobachtet?

ja manchmal unbekannt nein

- Verwechselt häufig Rechts und Links
- Einen recht kurzen Lese/Schreibabstand(Kopf nah am Tisch)
- Dreht den Kopf, das Buch/Blatt beim Lesen/Schreiben schräg



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"/>
Lässt Buchstaben oder Ziffern aus	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Fängt längeres Wort richtig an, „liest“ aber falsch weiter (Ratelesen)	<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"/>
Muss laut lesen oder Lippen bewegen, um den Text zu verstehen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Muss häufig beim Nachbarn abschreiben	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



Allgemeines Befinden:

Reibt sich öfters die Augen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> ja manchmal unbekannt nein
Augen brennen oder jucken beim Nahsehen	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Macht beim Lesen einen angestrengten 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"/>
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"/>	



Zur Gesundheit

War Ihr Kind schon mal bei einem OsteopathenIn /ChiropraktorenIn..... Ja ..Nein

Wann das letzte Mal: _____

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

Ihr Kind nutzt häufig die Mundatmung..... JaNein

Ihr Kind schnarcht beim Schlafen..... JaNein



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, schlägt daneben.....

Ängstlich beim Geräteturnen /kleinen Höhenunterschieden

Ist ein "Stubenhocker"

Fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht

Probleme beim Ausmalen/Ausschneiden

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

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

Hobbys/Lieblingsthema: _____

Sport (außer Schulsport) ____ Std Was _____

Bitte wenden!





So dies und das:

- Muss alles anfassen, um es erklären zu können ja manchmal unbekannt nein 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 ungeschickt mit Werkzeugen
(Hammer, Schraubenzieher, Nadel usw.) O O O O
- Geht Treppen Stufe für Stufe (nicht alternierend) O O O O

Hat Ihr Kind ein Handy: Ja Nein

Digitale Medien

Ø Fernsehen / PC / Tablet / Handy / X-Box / Playstation / Nintendo / Wii / Gameboy = _____ Std



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? _____

Kurzsichtigkeit:

Mama Ja Nein

Papa Ja Nein

Was soll sich für ihr Kind ändern:
