

Fragen an Eltern und Erzieher..



Die Seh:Praktikerin

Regina Prieß

Richard-Lattorf-Straße 33 · 30453 Hannover

Telefon 0151 40368079

www.diesehpraktikerin.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..... | <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"/> |
| 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 d und b, p und q 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"/> |
| liest nicht gern freiwillig, am ehesten noch "Comics" | <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? _____

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 | <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"/>
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:

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"/>
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 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 begleitetJa ☐....Nein ☐

Ihr Kind nutzt häufig die Mundatmung..... Ja ☐....Nein ☐

Ihr Kind schnarcht beim Schlafen..... Ja ☐....Nein ☐



Sport + Freizeit:

ja manchmal unbekannt nein

Ist unsicher, ängstlich beim Bälle fangen O..... O O..... O

Spielt ungern Ballsport z.B. Völkerball Handball, Federball usw. O..... O O..... O

Trifft/fängt Bälle nicht richtig, schlägt daneben..... O..... O O..... O

Ängstlich beim Geräteturnen /kleinen Höhenunterschieden O..... O O..... O

Ist ein "Stubenhocker" O..... O O..... O

Fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht O..... O O..... O

Probleme beim Ausmalen/Ausschneiden O..... O O..... O

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

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

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)

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: