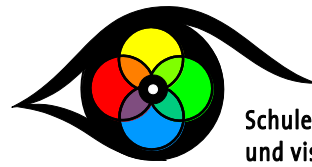


Fragen an Eltern und Erzieher..



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: _____

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Name des(r) Lehrers(in): _____

Geschwisteranzahl: _____

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"/> |
| fängt versetzt an zu schreiben | <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"/> |
| stellt anderen Kindern gerne ein Bein, berührt oder stößt sie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

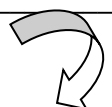
In welchem Alter ist Ihr Kind zum Kindergarten gegangen? _____ Und in die 1. Klasse? _____

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

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

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

Augen brennen oder jucken beim Nahsehen

Macht beim Lesen einen angestregten Eindruck

Ausdauernde Konzentration fällt schwer

Kneift oft die Augen zusammen um besser zu sehen

Rollt oder verdreht die Augen

Hat öfter gerötete Augen

Die Augen tränen leicht.....

Ist lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen

Schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken

Ein Auge dreht weg - rechts/links

Bei Müdigkeit dreht ein Auge weg - rechts/links

Wird leicht schlecht beim Autofahren/Busfahren

Fährt ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä.

Kopfschmerzen

Wie oft? x Woche/Monat Wo?...Schläfe ..Stirn ..Oberhaupt

Verstärkt nach Schule?...Ja ...Nein

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) + _____ 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? _____

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 einen Kieferorthopäden begleitet ...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
(zu früh zu spät), schlägt daneben.....

Ängstlich beim Geräteturnen /kleinen Höhenunterschieden

Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter

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.....

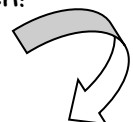
Wie lange sitzt ihr Kind Ø vor dem PC/Laptop/Tablet:_____Std

Fernseher: _____Std Hat Ihr Kind ein Handy: JaNein

Handy/X-Box/ Playstation/ Nintendo/ Wii / Gameboy _____Std

Hobbys/Lieblingsthema: _____

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 ?

Aktuelle Brillenwerte:

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

Hat jemand in der Familie visuelle Probleme? Ja Nein Wer? _____

Welche? _____

Kinderarzt: _____

Was soll sich für ihr Kind ändern:
