

Fragebogen „Kinderoptometrie“

Schulkinder

Name: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Tel.: _____

Schule: _____ LehrerIn: _____ Klasse: _____

Wer hat Sie uns überwiesen? _____

Wurden die Augen schon einmal geprüft? _____ wann: _____ durch wen? _____

Wurde eine Brille oder sonstige Behandlung verordnet? _____

Beschreiben Sie den Hauptgrund für die Augenuntersuchung: _____

Beobachtungen durch Eltern und/ oder LehrerIn :

	nie	ab und zu	oft	sehr oft
Liest freiwillig?				
Muß den Zeigefinger benutzen, um der Zeile zu folgen?				
Geringe Konzentration, zerstreut?				
Verwechselt Buchstaben, z.B. b und d oder p und q?				
Schließt beim Lesen ein Auge oder deckt es ab?				
Schiefe Kopfhaltung beim Lesen oder Schreiben? Falls ja, in welche Richtung? Nach Links O nach Rechts				
Kurzer oder veränderter Leseabstand?				
Macht beim Lesen einen nervösen oder angestregten Eindruck?				
Gähnt nach kurzer Lesedauer?				
Reibt sich beim Lesen die Augen?				
Überspringt beim Lesen Linien oder liest Zeilen zweimal?				
Hat das Kind vor der Einschulung gerne gemalt?				
Wenn ja, hat das Kind ausgemalt?				
Probleme beim Rechtschreiben?				
Kann nicht stillsitzen oder ist hyperaktiv?				
Stößt an oder stolpert?				
Klagt über Kopfschmerzen?				
Klagt über Bauchschmerzen?				
Wird dem Kind bei Autofahrten schlecht?				
Hohe Lichtempfindlichkeit?				
		Ja	Nein	
Sind in der Familie Schiefhler bekannt?				
Wurde von nahen Verwandten früh Brille getragen?				
Lag schon einmal eine Augenkrankheit vor?				
Schauen auch bei Ermüden beide Augen geradeaus?				
Hat früher einmal geschielt?				
Hat spät Fahrrad fahren gelernt?				
Handelt es sich um eine Früh- oder Problemgeburt?				
Sind oder waren beim Kind Sprachverzögerungen vorhanden?				
Haben sich Entwicklungsverzögerungen der Grob,- oder Feinmotorik gezeigt?				
Werden regelmäßig Medikamente (z. B. Ritalin) eingenommen?				
Ist das Kind Linkshändig O oder war Linkshändig O				

Andere Beobachtungen: _____