

# Fragebogen „Kinderoptometrie“

Vorschulkinder

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Kindergarten: \_\_\_\_\_ KindergärtnerIn: \_\_\_\_\_

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 KindergärtnerIn :

	nie	ab und zu	oft	sehr oft
Malt freiwillig?				
Malt das Kind gerne Bilder aus?				
Hat beim Ausmalen Schwierigkeiten?				
Malt eckig, übermalt Linien?				
Hat beim Ausschneiden Schwierigkeiten?				
Hat bei Ballspielen Unsicherheiten?				
Beschäftigt sich ungern länger Zuhause (außer TV), lieber draußen?				
Kann nicht stillsitzen oder ist hyperaktiv?				
Schiefe Kopfhaltung beim Malen?				
Kurzer oder veränderter Malabstand?				
Macht beim Malen einen nervösen oder angestregten Eindruck?				
Schließt beim Malen ein Auge oder deckt es häufiger ab?				
Reibt sich beim Malen die Augen?				
Stößt an oder stolpert?				
Klagt über Kopfschmerzen?				
Klagt über Bauchschmerzen?				
Wird dem Kind bei Autofahrten schlecht?				
Hohe Lichtempfindlichkeit?				
		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
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?				
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 <input type="checkbox"/> oder war Linkshändig <input type="checkbox"/>				

Andere Beobachtungen:

---



---



---