

Optometrie Cagnolati

Wolfgang Cagnolati, M.S. (USA), MCOptom, F.A.A.O.

Am Buchenbaum 21 47051 Duisburg

Tel.: 0203-25365

ELTERN-FRAGEBOGEN

NAME _____ Geboren am _____

SCHULE _____ Klasse _____

Lehrer: _____

Namen der Eltern: _____

Beruf: Mutter: _____ Vater: _____

A. **Beschwerde/Hauptanliegen eintragen:**

- 1) Geben Sie bitte kurz Ihr Hauptanliegen und das Hauptproblem Ihres Kindes an.

- 2) Wer hat die möglichen Sehschwierigkeiten als Erster festgestellt? _____

- 3) Wer hat Sie an unser Institut verwiesen? _____

B. Sehanamnese

- 1) Handelt es sich um die erste Sehüberprüfung Ihres Kindes? _____
 - 2) Falls nicht, wann fand die letzte Überprüfung statt? _____
 - 3) Beschreiben Sie bitte alle früheren Sehbehandlungen Ihres Kindes, einschließlich Brillen, Sehtherapie, Augenklappe, Operation und Medikamente. _____
 - 4) Kreuzen Sie bitte nachstehend alle Auffälligkeiten bzw. Beschwerden Ihres Kind an:
 - Verschwommenes Sehen in der Ferne
 - Verschwommenes Sehen beim Lesen
 - Doppeltsehen
 - Wörter hüpfen bzw. laufen zusammen
 - Schließt bzw. bedeckt ein Auge beim Lesen
 - Hält Kopf schräg
 - Augen drehen sich nach innen, außen, oben oder unten
 - Häufige Kopfschmerzen
 - Ermüdung bei Sehaufgaben in der Nähe
 - Augenermüdung
 - Schielt bzw. blinzelt übermäßig
 - Rote bzw. tränende Augen
 - Hält Buch bzw. Zeitung zu nahe
 - Vermeidet Naharbeit
 - Verliert beim Lesen die Lesestelle
 - Überspringt bzw. wiederholt Zeilen
 - Benützt Finger bzw. Lineal beim Lesen
 - Häufiges Vertauschen von Buchstaben
 - Schlechte Hand-Augen-Koordination
-

C. Schulischer Hintergrund

- 1) Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? _____
Wenn ja, welche? _____
- 2) Erhält Ihr Kind Nachhilfe in der Schule oder in Sonderklassen?
Bitte geben Sie an _____

- 3) Wurden in der Schule bzw. auf Empfehlung der Schule irgendwelche Untersuchungen durchgeführt? (Psychologisch, erzieherisch, Sprechen/Sprache, Beschäftigungstherapie, neurologisch, medizinisch)

Wenn ja, geben Sie bitte Datum an und beschreiben Sie die Ergebnisse

- 4) Bitte kreuzen Sie an, wenn Ihr Kind in einem der folgenden Gebiete Schwierigkeiten hat:

Lesen Handschrift Mathe
 Buchstabieren Abschreiben von der Tafel Aufmerksamkeitsspanne
 Verhalten bzw. Motivation

- 5) Kreuzen Sie bitte an, falls einer der folgenden Leseaspekte Schwierigkeiten bereitet bzw. ein Verhalten darstellt, das Ihnen beim Lesen aufgefallen ist:

Verständnis Worterkennen Lautbildung
 Langsames Lesen Verlieren der Lesestelle Ermüden
 Liest mit Finger Vermeiden Verständnis nimmt mit Lesedauer ab

- 6) Sind Sie der Meinung, Ihr Kind leistet sein Bestes in der Schule? _____

- 7) Liest Ihr Kind gern? _____

D. Entwicklungsgeschichte

- 1) Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Probleme? _____

- 2) Wurde Ihr Kind zu früh geboren? _____ Falls ja, wieviele Wochen zu früh? _____

- 3) Geburtsgewicht des Kindes _____

- 4) In welchem Alter begann Ihr Kind, allein zu gehen? _____

- 5) In welchem Alter konnte Ihr Kind Ausdrücke mit 2 bis 3 Wörtern sagen? _____

- 6) Irgendwelche Sprachprobleme jetzt oder früher? _____

- 7) Irgendwelche Probleme mit der Feinmotorik? _____

- 8) Ist Ihr Kind unbeholfen oder hat Schwierigkeiten bei Tätigkeiten, die ein gutes Gleichgewichtsgefühl verlangen? _____

- 9) Hat Ihr Kind Freude an Beschäftigungen, wie z.B. Zeichnen, Ausmalen, Puzzeln, Bauklötze, etc., und nimmt daran teil?
-

E. Medizinische Vorgeschichte

- 1) Gab es ernsthafte Kinderkrankheiten, Verletzungen oder körperliche Beeinträchtigungen? _____
Falls ja, beschreiben Sie diese bitte _____
- 2) Hat Ihr Kind häufige Ohrinfektionen gehabt? _____
Falls ja, welche Behandlungen wurden vorgenommen? _____

- 3) Irgendwelche momentanen Gesundheitsprobleme? _____
- 4) Einnahme von Medikamenten? _____
Falls ja, bitte Medikamente und verschreibenden Arzt angeben:

- 5) Irgendwelche signifikante Allergien? Bitte beschreiben: _____

-

F. Familienvorgeschichte

- 1) Leidet ein Familienmitglied an einem der folgenden Befunde?
- ___ Strabismus (Schielen) ___ Amblyopie (sog. "lazy eye")
___ Starke Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit oder Astigmatismus
___ Lern- oder Lese Probleme
___ Augenerkrankungen (Bitte auflühren) _____