

Optometrie Cagnolati

Augenoptik – Optometrie

Königstraße 13 47051 Duisburg

Telefon: 0203 / 25365

ELTERNFRAGEBOGEN

Name	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Schule	<input type="text"/>	Klasse	<input type="text"/>
Lehrer	<input type="text"/>		
Eltern	<input type="text"/>		
Beruf Mutter	<input type="text"/>	Beruf Vater	<input type="text"/>

A Beschwerde / Hauptanliegen

- 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 Kindes an:

- Verschwommenes Sehen in der Ferne
- Verschwommenes Sehen beim Lesen
- Doppelsehen
- 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
- Benutzt 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 angeben:

- 3) Wurden in der Schule bzw. auf Empfehlung der Schule irgendwelche Untersuchungen durchgeführt?

(Psychologisch, erzieherisch, Sprechen/Sprache, Beschäftigungstherapie, neurologisch, medizinisch)

- 4) Wenn ja, geben Sie bitte das Datum an und beschreiben Sie die Ergebnisse.

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

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lesen | <input type="checkbox"/> Handschrift | <input type="checkbox"/> Mathe |
| <input type="checkbox"/> Buchstabieren | <input type="checkbox"/> Abschreiben von der Tafel | |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeitsspanne | <input type="checkbox"/> Verhalten bzw. Motivation | |

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

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verständnis | <input type="checkbox"/> Worterkennen | <input type="checkbox"/> Lautbildung |
| <input type="checkbox"/> Langsames Lesen | <input type="checkbox"/> Verlieren der Lesestelle | <input type="checkbox"/> Ermüden |
| <input type="checkbox"/> Liest mit Finger | <input type="checkbox"/> Vermeiden | |
| <input type="checkbox"/> Verständnis nimmt mit Lesedauer ab | | |

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

- 8) Liest Ihr Kind gern?

D Entwicklungsgeschichte

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

- 2) Wurde Ihr Kind zu früh geboren? Falls ja, wie viele Wochen?

- 3) Geburtsgewicht des Kindes:

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

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

- 6) Gibt oder gab es irgendwelche Sprachprobleme?

- 7) Gibt oder gab es 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 häufig Ohrinfektionen gehabt?

Falls ja, welche Behandlungen wurden vorgenommen?

- 3) Hat Ihr Kind momentan Gesundheitsprobleme?

Falls ja, beschreiben Sie diese bitte.

- 4) Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Falls ja, bitte Medikamente und verschreibenden Arzt angeben.

- 3) Hat Ihr Kind signifikante Allergien?

Falls ja, beschreiben Sie diese bitte.

F Familienvorgeschichte

- 1) Leidet ein Familienmitglied an einem der folgenden Befunde?

- Strabismus (Schielen) Amblyopie (sog. „lazy eye“)
 Starke Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit oder Astigmatismus
 Lern- oder Leseprobleme
 Augenerkrankungen (Bitte auflühren)