

Fragen an die Eltern/Kinder

Name ,Vorname: geb.:..... Datum:

Klasse: Schule:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam ?

	NEIN	JA
Wenn Sie uns empfohlen wurden, dürfen wir Bericht erstatten ?	☐	☐
Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kinde bis zum Schuleintritt ?	☐	☐
Wurde bei Ihrem Kind eine Legasthenie festgestellt ?	☐	☐
Hat Ihr Kind jemals geschielt ?	☐	☐
Sind in der Familie erbliche Augenkrankheiten oder Schielfehler bekannt ?	☐	☐
Gab oder gibt es Lese- und Rechtschreibprobleme bei weiteren Familienmitgliedern ?	☐	☐
Gab es Augenverletzungen , Augenoperationen oder Augenkrankheiten bei Ihrem Kind ?	☐	☐
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (z.B. Ritalin) oder Nahrungsergänzungsmittel ?	☐	☐
Wenn ja , welche ?		
Bestehen chronische Probleme wie Ohreninfektionen, Asthma oder andere Allergien ?	☐	☐
Wenn ja , welche ?		
Gab oder gibt es spezielle Förderungen (Ergotherapie , Nachhilfe , Logopädie) ?	☐	☐
Wenn ja , welche ?		
War Ihr Kind eine Problemgeburt ?	☐	☐
Gab es Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung Ihres Kindes ?	☐	☐
Haben sich Verzögerungen in der Motorik gezeigt ?	☐	☐
Hatte Ihr Kind schwere Erkrankungen, Stürze oder Gehirnerschütterung	☐	☐
Macht Ihr Kind ungern Ballspiele	☐	☐
Wenn Ja, bestehen Probleme beim Fangen ?	☐	☐
Bestehen Probleme bei Textaufgaben ?	☐	☐
Sind die Leistungen unter Stress (Probe) deutlich schlechter als Zuhause ?	☐	☐
Braucht Ihr Kind mehr Zeit als vorgesehen für die Hausaufgaben ?	☐	☐
Erreicht Ihr Kind aus Ihrer Sicht nicht sein schulisches Potential ?	☐	☐

Wie lange dauerte die kindliche "Krabbelphase" ?

Welche Hobbys hat Ihr Kind ?

Liest das Kind in seiner Freizeit : ☐ gern und oft ☐ Bücher ☐ meist Comics ☐ keine Lust zu Lesen

Wenn es in seiner Freizeit liest , wie lange liest es dann am Stück ? ☐ bis 10 Min. ☐ bis 30 Min. ☐ mehr als 30Min.

Anzahl und Alter der Geschwister ?

Letzter Termin bei einem Augenarzt Dr. Datum: ca.

Trägt oder trug Ihr Kind eine Brille ? ☐ ☐

Wie wurde die Brille akzeptiert und getragen ? ☐ sehr gut ☐ auf Aufforderung ☐ schlecht

Bitte markieren Sie die zutreffende Zahl **mit einem Kreis**

1 = gar nicht zutreffend **5** = am stärksten zutreffend

Anstrengungsprobleme

	😊		😐		😞
Augenreiben oder Blinzeln	1	2	3	4	5
Tränende Augen beim Lesen, bei Hausaufgaben	1	2	3	4	5
Druckgefühl um die Augen	1	2	3	4	5
Ermüdung bei anspruchsvollen Sehaufgaben (z.B. PC , TV , Lesen)	1	2	3	4	5
Liest nicht freiwillig	1	2	3	4	5
Lesen wird anstrengender je länger gelesen wird	1	2	3	4	5
Vergisst das Kind schnell, was es eben gelesen hat	1	2	3	4	5
Konzentration beim Lesen fällt schwer	1	2	3	4	5
Beim Ausmalen oft über die Linie malen	1	2	3	4	5
Schriftbild bei längerem Schreiben zunehmend unregelmäßiger	1	2	3	4	5
Beim Schreiben können die Linien nicht gehalten werden	1	2	3	4	5
Ungern basteln, puzzeln , mit der Schere schneiden	1	2	3	4	5

Sehprobleme

	😊		😐		😞
Blickwechsel vom Heft zur Tafel schwierig	1	2	3	4	5
Blickwechsel von Tafel auf Heft schwierig	1	2	3	4	5
Schrift unscharf ,unruhig	1	2	3	4	5
Verwechselt Buchstaben (z.B. b und d)	1	2	3	4	5
Fehler beim Abschreiben von der Vorlage	1	2	3	4	5
Häufiges Verrutschen in der Zeile beim Lesen	1	2	3	4	5
Mit dem Finger lesen oder Lineal unterlegen	1	2	3	4	5
Schließen oder Zudecken eines Auges beim Lesen	1	2	3	4	5
Auffällige Kopfhaltung beim Lesen	1	2	3	4	5
Lichtempfindlichkeit	1	2	3	4	5
Probleme beim Fangen von Bällen	1	2	3	4	5
Beim Federball oft danebenschlagen	1	2	3	4	5
Oft anrennen oder stolpern	1	2	3	4	5

Kopfschmerzen

ca.mal pro Woche

Treten auch in den Ferien auf ?	1	2	3	4	5
Bereits am Morgen oder Nachts ?	NEIN	☐	JA	☐	
Während des (Schul-) Tages zunehmend	NEIN	☐	JA	☐	

Bauchschmerzen

ca.mal pro Woche

Treten auch in den Ferien auf ?	1	2	3	4	5
	NEIN	☐	JA	☐	

Hauptproblem

☐ Lesen ☐ Rechtschreiben ☐ Diktat ☐ Kopfschmerz

Fragen an den Lehrer

Die Eltern von _____ haben uns autorisiert von Ihnen die folgenden Informationen einzuholen, die mit dem Sehen und / oder visuellen, Wahrnehmungs- oder Aufmerksamkeitsstörungen zusammen hängen können.

Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Danke für Ihre Hilfe!

Wie gut kennen Sie diesen Schüler?

Kreuzen Sie an von **gar nicht** => 1 2 3 4 5 <= **bis sehr gut**

Könnten seine schulischen Leistungen besser sein, als sie im Moment sind?

Kreuzen Sie an von **Ja** => 1 2 3 4 5 <= **bis Nein**

Bitte bewerten Sie jede der folgenden Eigenschaften

	1 (= gar nicht zutreffend bzw. nicht auffällig)		bis	5 (= am stärksten zutreffend bzw. sehr auffällig)	
	😊		😊	☹️	
Anstrengungsprobleme					
Klagt über verschwommenes Sehen	1	2	3	4	5
Klagt über Doppelsehen	1	2	3	4	5
Reibt oder blinzelt stark	1	2	3	4	5
Stirnrunzeln oder Grimassen beim Sehen	1	2	3	4	5
Klagt über Augenbrennen, Schmerzen oder Rötung	1	2	3	4	5
Deckt Auge ab oder schließt Auge beim Lesen	1	2	3	4	5
Geht beim Lesen sehr schnell an den Text heran	1	2	3	4	5
Schiefe Kopfhaltung beim Lesen	1	2	3	4	5
Klagt über Kopfschmerzen / Schwindel beim Lesen	1	2	3	4	5
Lässt Wörter/ Endungen aus, verliert den Ort beim Lesen	1	2	3	4	5
Bewegt den Kopf stark beim Lesen	1	2	3	4	5
Liest mit dem Finger als Hilfe	1	2	3	4	5
Bringt Zahlen in Kolonnen durcheinander	1	2	3	4	5
Schriftbild (Abstände, Größen, Ausrichtung)	1	2	3	4	5
Zu langsam oder viele Fehler beim Abschreiben von der Tafel	1	2	3	4	5
Probleme beim Abschreiben von der Tafel	1	2	3	4	5
Probleme mit der Auge-Hand Koordination	1	2	3	4	5
Generelle Probleme mit der Körperkoordination	1	2	3	4	5
Unbeständige Leistung beim Sport	1	2	3	4	5
Probleme neue Wörter zu lernen	1	2	3	4	5
Schlechtes Differenzieren beim Hören	1	2	3	4	5
Schlechter Lesefluss	1	2	3	4	5
Schlechte Auffassungsgabe beim Lesen	1	2	3	4	5
Verwechseln von Buchstaben oder Wörtern	1	2	3	4	5
Verdrehen von Buchstaben oder Wörtern	1	2	3	4	5

Kurze Konzentrationsphase / schnell ablenkbar	1	2	3	4	5
Vergesslich / häufiges Verlieren / schlechtes Gedächtnis	1	2	3	4	5
Unkonzentriert / stört oft / hyperaktiv	1	2	3	4	5
Schwierigkeiten Aufgaben in der Zeit zu lösen	1	2	3	4	5
Sagt oft „Ich kann es nicht“ ohne es zu versuchen	1	2	3	4	5
Aggressiv	1	2	3	4	5
Verschlossen	1	2	3	4	5
Wenig Energie / ermüdet schnell / schläft beim Lesen ein	1	2	3	4	5
Wenig Selbstwertgefühl	1	2	3	4	5

Bitte beschreiben Sie andere Auffälligkeiten des Lernstils, der Lernfähigkeit oder des Lernerfolgs dieses Kindes

Wie ist die schulische Leistung des Kindes? (Bitte kreuzen sie die zutreffende Box an)

	Auf Klassenniveau	Über Klassenniveau	Unter Klassenniveau
Lesen			
Buchstabieren			
Schriftbild			
Mathematik			
Biologie etc.			

Schulklasse des Kindes: _____ Hat dieses Kind eine Diagnose von Lernproblemen? _____

Wann wurde diese erstellt? _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe diesem Kind eine optimale visuelle Versorgung zu ermöglichen. Bitte geben Sie diesen Fragebogen in einem verschlossenen Umschlag zurück.

Name und Unterschrift des Lehrers: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name der Schule: _____

Wünschen Sie schriftliches Informationsmaterial über eines der folgenden Sehprobleme?

- ☐ Sehen von Kindern
- ☐ Beidäugiges Sehen
- ☐ Sehen und Lernprobleme
- ☐ Myopie
- ☐ Vision Training