



Frageliste an die Eltern und Erzieher



von (Name):

Straße:

Ort:

Tel:

Liebe Eltern!

Um einen möglichst kompletten Eindruck vom visuellen Wahrnehmungs-Problem ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie, die folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw zu beantworten. Bei Unklarheiten stehen wir anschließend selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Name des Erziehungsberechtigten:.....Beruf:.....

Rufname des Kindes:..... Geb.Datum:.....

Geschwister:..... Geschlecht:..... Alter:.....

Schule:..... Ort:..... Klasse:.....

Name des(r) Lehrers(in):.....

von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen?:.....

Jetztige Situation: In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein **Wahrnehmungs**-Problem zu haben?:

Haben Sie oder jemand anders vielleicht folgendes beobachtet?:

(bitte ankreuzen bzw nicht zutreffendes Streichen)

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
einen recht kurzen Lese/Schreibabstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dreht den Kopf oder das Buch/ Blatt beim Lesen/Schreiben schräg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
benutzt beim Lesen gern einen Finger/Lineal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lässt Buchstaben oder Ziffern aus, lässt Endungen weg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verliert beim Lesen leicht die Zeile/ lässt ganze Zeilen/Wörter aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fängt längeres Wort richtig an, „liest“ aber falsch weiter („Ratelesen“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann sich schlecht merken/vorstellen was gerade gelesen wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muss laut lesen oder Lippen bewegen um den Textinhalt zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muss mehrfach das Gleiche lesen um den Sinn zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
macht beim Lesen einen angestregten Eindruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
grimmassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Lesen/Vorlesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muss beim Vorlesen häufig gähnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
blinzelt auffällig oft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vermeidet direkte Blickkontakte („flüchtiger Blick“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Klagt ihr Kind über Sehprobleme? - Wenn ja, wie äussert sich das?:

In der Schule :

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
Probleme beim Ausmalen/Ausschneiden von Mustern/Figuren usw	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
benutzt beim Zählen immer noch die Finger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sieht an der Tafel / am Projektor schlecht / verschwommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten schnell von Nah auf fern umzustellen (oder umgekehrt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tafel (Ferne) oder Buchstaben (Nähe) erscheinen zeitweise doppelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schlechte Plazierung von Zeichnungen / Zahlen auf dem Blatt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben oder unten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schreibt über oder unterhalb der Linie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unregelmässiges Schriftbild, wird schlechter je länger es dauert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verwechseln von Buchstaben wie d und b , p und q usw	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muss häufig beim Nachbarn abschreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weiss die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verläuft sich auf dem Weg zum oder innerhalb des Klassenzimmers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spielt allgemein gern den „Klassenkasper“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sport + Freizeit :

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, trifft/fängt falsch, zu früh/zuspät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spielt ungern Ballsport z.B. Fußball, Handball, Völkerball, Federball usw	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ängstlich beim Geräteturnen / Bockspringen / kleinen Höhenunterschieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allgemein schlechtes Entfernungsschätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich leicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
möchte möglichst nur draussen sein – immer „rumtollen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist eher ein „Stubenhocker“, hat kaum Freundschaftskontakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist öfter mal „abwesend“, sog. „Tagträumer“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liest gern und lange im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spielt oft und ausdauernd mit dem Gameboy / Computer o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
liest nicht gern freiwillig, am ehesten noch Comics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mag keine Veränderungen in seinem Umfeld (auch familiär)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sucht häufig etwas, das „vor der Nase“ liegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist Ihr Kind Rechtshänder / Linkshänder ? :

In welchem Alter ist Ihr Kind zum Kindergarten gegangen? :und in die 1. Klasse?:

geht Ihr Kind gern in die Schule - **ja / nein** – bei welchem(r) Lehrer(in)? :

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule - **ja / nein** – welche? :

sind die schulischen Leistungen: **durchschnittlich / überdurchschnittlich / unterdurchschnittlich**

was macht Ihr Kind am liebsten? :

und was eher ungern? :

Allgemeines Befinden :

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
schauen die Augen auch bei Müdigkeit noch gerade aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen werden oft müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reibt sich öfter die Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen brennen und jucken beim Nahsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ausdauernde Konzentration fällt schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
leicht tränende / wässrige Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rollt oder verdreht die Augen (sog. Augenrollen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kneift / zwickt die Augen zusammen um besser zu sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist relativ lichtempfindlich auch bei normalem Raumlicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schliesst ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B. Kappe, Haare etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fährt ungern Karussell / Schiffschaukel u.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen (Druck / Zug) in den Augenhöhlen / um die Augen herum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

gab es eine normale Geburt – **ja / nein** – weshalb? :

ist Ihr Kind gekrabbelt - **ja / nein** - sog. Vierfüßlerstand - **ja / nein** - wann lief Ihr Kind (Alter) :

war Ihr Kind sehr lebhaft - **ja / nein** :

gab es Entwicklungsschwierigkeiten - **ja / nein** – welche? :

wie äussert sich bei Ihrem Kind Müdigkeit? :

ein Auge dreht weg – **rechts / links** - (wann)? :

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen / Erbkrankheiten? :

So dies und das :

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
muss alles anfassen um es erklären zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verwechselt häufig rechts und links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat allgemein ein schlechtes Zeitgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eckt öfter an oder stolpert gern / wirft leicht etwas um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat schlechte allgemeine motorische Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eher ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadel etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wurde Ihr Kind bereits **augenärztlich** untersucht **ja / nein** – von wem ? :

wann? : mit welchem Ergebnis? :

hat jemand in der Familie visuelle Probleme **ja / nein** -wer? : welche? :

bekommt oder bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien **ja / nein** – welche? :

.....

bekommt es derzeit Medikamente (z.B. Ritalin etc.) - **ja / nein** - welche? :

.....

beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes:

.....

Vielen Dank !