

## Fragebogen für Erwachsene

Um einen möglichst kompletten Eindruck vom «visuellen Wahrnehmungs-Problem» Ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie, den Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Bei eventuellen Unklarheiten stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.



Name  Geb. Datum

Strasse  Wohnort

Telefon  Beruf

Von wem wurden Sie überwiesen / empfohlen?

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein «Wahrnehmungs-Problem» zu haben?

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon folgendes beobachtet?	Ja	Nein	Manchmal	Weiss nicht
Mein Lese- / Schreibabstand ist recht kurz (unter 35cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss ein Buch / Blatt dicht an die Augen führen, um gut lesen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Kopf oder das Buch / Blatt halte ich beim Lesen / Schreiben lieber schräg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Lesen benutze ich gerne einen Finger / ein Lineal o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mir schlecht merken / vorstellen was ich gerade gelesen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texte muss ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buchstaben / Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten von Nah auf Fern umzustellen oder umgekehrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt / enger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht? **Ja / Nein** - Von wem? – Wann? – Mit welchem Ergebnis?

Hat oder hatte jemand in der Familie (Eltern / Grosseltern) irgendwelche Augenprobleme? **Ja / Nein** - Wer? – Welche Art?

Sind Sie derzeit in ärztlicher / augenärztlicher Behandlung? **Ja / Nein**

Bekommen sie derzeit irgendwelche Medikamente? **Ja / Nein** – Welche?

Allgemeines Befinden	Ja	Nein	Manchmal	Weiss nicht
Schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Auge dreht weg – <b>rechts / links</b> – nach – <b>innen / aussen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss öfter die Augen reiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Augen brennen oder jucken beim Nahsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe oft trockene, gereizte oder gerötete Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Augen tränen leicht oder sind wässrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss oft blinzeln (alle paar Sekunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um besser zu sehen, kneife ich gern ein Auge zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei bestimmten Sehaufgaben schliesse ich gerne ein Auge zur Erleichterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre ungern Karussell / Schiffschaukel o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Autofahren / Busfahren wird mir leicht übel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe öfter Schmerzen (Druck / Zug) um die Augen / in den Augenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide oft unter Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe öfter Migräneanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Nacken / Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auto und Verkehr (Fallen Ihnen folgende Situationen schwer?)	Ja	Nein	Manchmal	Weiss nicht
Ich habe Schwierigkeiten im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen / zu erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitfahrer meinen, ich halte schlecht die Strassenmitte ein (bin zu weit rechts / links)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Einparken stelle ich hinterher oft falsche Abstände fest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernungen einzuschätzen fällt mir allgemein schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überholvorgänge mache ich eher ungern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Auto und Verkehr</b> (Fallen Ihnen folgende Situationen schwer?)	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Weiss nicht</b>
Bei beginnender Dämmerung werde ich unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fahre nachts allgemein nicht gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts habe ich Blendungsprobleme (auch ohne Regen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Mitfahrer wird mir leicht übel (Auto / Bus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich anhand von Strassenkarten zu orientieren, fällt mir schwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir allgemein schwer, mich irgendwo zurechtzufinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bremsen oft sehr früh / eher knapp (sagen meine Mitfahrer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strassenschilder erkenne ich erst relativ spät gegenüber manchen Mitfahrern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Tacho während der Fahrt abzulesen bereitet mir Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie **Rechtshänder / Linkshänder**?

Sind Sie als Baby richtig gekrabbelt? **Ja / Nein** - sog. Vierfüsslerstand? **Ja / Nein / Weiss nicht**

Wann sind Sie erstmals gelaufen (Alter)?

Können Sie allgemein gut einschlafen? **Ja / Nein**

Wachen Sie zwischendurch immer mal auf? **Ja / Nein**

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen / Erbkrankheiten?

<b>So dies und das</b> (Folgende Situationen passieren mir öfter)	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Weiss nicht</b>
Ich verwechsle leicht Rechts und Links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werfe leicht etwas um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stolpere gerne, ecke öfter mal an, bleibe irgendwo hängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schütte beim Eingiessen öfter über oder sogar daneben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche häufig etwas, das «vor der Nase» liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann mir schlecht etwas merken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss Gebrauchsanweisungen mehrmals lesen, um sie zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese gerne und andauernd im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann früh meine Zeitung schlechter lesen als gegen den Mittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe Probleme meine Armbanduhr abzulesen, speziell den Kalender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bin eher ungeschickt mit Werkzeug (Hammer, Schraubendreher, Bohrer, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe Probleme eine Nadel einzufädeln (Nadelöhr treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide an Höhenangst, meide Abhänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laufe unsicher auf unebenem Boden (z.B. Waldboden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habe allgemein ein schlechtes Zeitgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bin unsicher beim Treppensteigen / Leitersteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicher beim Bälle fangen / werfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen ermüdet mich, schlafe leicht dabei ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerarbeit strengt mich an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Manuskript / die Tastatur verschwimmen öfter mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Vielen Dank!