

Fragebogen für Vorschulkinder

Liebe Eltern

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 des Kindes Geb. Datum

Strasse Wohnort

Name des Erziehungsberechtigten Telefon

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
Probleme beim Ausmalen von Bildern, Ausschneiden von Figuren etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Probleme, einfache Muster nachzustecken / nachzulegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen recht kurzen Abstand beim Malen, Bilderbuch anschauen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dreht den Kopf beim Malen oder Bilderbuch anschauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt ungern farbig oder wenn, eher mit dunkleren Farben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Probleme Farben richtig zu benennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legt das Blatt beim Malen schräg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt insgesamt nicht gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt ungern mit normalen, glatten Bauklötzchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevorzugt lieber Duplo / Legosteine / Steckspiele o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielt oft und ausdauernd «Gameboy», Computer o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puzzelt nicht gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich schlecht vorstellen was gerade erzählt oder vorgelesen wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plappert auffällig viel und oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Probleme beim Schuhe binden (Schnürsenkel) oder Knöpfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klagt Ihr Kind über Sehprobleme? – Wenn ja, wie äussert sich das?

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 – rechts / links – nach – innen / aussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneift oft die Augen zusammen um besser zu sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schliesst ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B. Kappe, Haare, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reibt sich öfter die Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollt oder verdreht häufig die Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blinzelt auffällig oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat häufig gerötete Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft trockene oder brennende Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eher leicht tränende / wässrige Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist relativ lichtempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevorzugt eher dunklere Ecken beim Spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaukelt nicht gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fährt ungern Karussell o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat öfter Kopfweg / Bauchweh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemein Schwindel / Unwohlsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

So dies und das	Ja	Nein	Manchmal	Weiss nicht
Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwechselt häufig Rechts und Links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Probleme beim Roller fahren, Fahrrad fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht Treppen nicht alternierend, sondern Stufe für Stufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eckt öfter an oder stolpert / wirft leicht etwas um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zielt beim Eingiessen nicht mittig, legt die Flasche am Glasrand auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeschick bei Spielen wie Mikado, Halma, Domino o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

So dies und das	Ja	Nein	Manchmal	Weiss nicht
Allgemein schlechte motorische Koordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann schlecht die Körper-Balance halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihr Kind **Rechtshänder / Linkshänder**?

Gab es eine normale Geburt? **Ja / Nein** – Weshalb?

Ist Ihr Kind gekrabbelt? **Ja / Nein** – sog. Vierfüsslerstand? **Ja / Nein**

Wann lief Ihr Kind erstmals (Alter)?

Wie äussert sich beim Kind Müdigkeit?

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen / Erbkrankheiten?

Fiel folgendes vielleicht schon mal auf?	Ja	Nein	Manchmal	Weiss nicht
Spielt gern den «Kindergarten-Kasper»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellt andern Kindern gern ein Bein, berührt oder stösst sie gerne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mag keine Veränderungen in seinem Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht häufig etwas, das «vor der Nase» liegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchte möglichst oft draussen sein, «rumtollen»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eher ein «Stubenhocker»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht sich gerne zurück, spielt lieber allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss alles anfassen, um es erklären zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fragt ständig ohne eigentlich die Antwort abzuwarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauernde Konzentration fällt schwer (auch Zuhören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt «altkluge» Verhaltensweisen (Gestik, Sprache, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemein schlechtes Einschlafverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat insgesamt ein schlechtes Zeitgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muss zu unpassenden Zeiten auf die Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann nicht stillsitzen, ist immer «zappelig»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fängt ständig neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten?

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? **Ja / Nein / Unterschiedlich**

Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten dort? **Ja / Nein** – Welche?

Was macht Ihr Kind am liebsten?

Was macht Ihr Kind eher ungern?

Hatte es Schwierigkeiten die Uhr zu erlernen? **Ja / Nein**

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 Art?

Bekommt / bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien? **Ja / Nein** – Welche?

Bekommt es derzeit Medikamente (z.B. Ritalin)? **Ja / Nein** – Welche?

Datum

Vielen Dank!