

Fragebogen für Schulkinder

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 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 folgendes beobachtet? | Ja | Nein | Manchmal | Weiss nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einen recht kurzen Lese- / Schreibabstand | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dreht den Kopf oder das Buch / Blatt beim Lesen / Schreiben schräg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzt beim Lesen gern ein Lineal / Finger o.ä. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lässt Buchstaben oder Ziffern aus / lässt Endungen weg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verliert beim Lesen leicht die Zeile / lässt ganze Zeilen / Wörter aus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fängt längeres Wort richtig an, «liest» aber falsch weiter («Ratelesen») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann sich schlecht merken / vorstellen was gerade gelesen wurde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muss laut lesen oder Lippen bewegen um den Textinhalt zu verstehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muss mehrfach das Gleiche lesen um den Sinn zu verstehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Macht beim Lesen einen angestregten Eindruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grimassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Lesen / Vorlesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muss beim Vorlesen häufig Gähnen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blinzelt auffällig oft (alle paar Sekunden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermeidet direkte Blickkontakte («flüchtiger Blick») mit anderen Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzt beim Zählen immer noch die Finger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sieht an der Tafel / am Projektor schlecht / verschwommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tafel (Ferne) oder Buchstaben (Nähe) erscheinen zeitweise doppelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlechte Platzierung von Zeichnungen / Zahlen auf dem Blatt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann nicht gerade Schreiben (schräg nach oben oder unten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schreibt über oder unterhalb der Linie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unregelmässiges Schriftbild, wird schlechter je länger es dauert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verwechseln von Buchstaben wie d und b , p und q usw. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muss häufig beim Nachbarn abschreiben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weiss die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen («es ist eben so») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verläuft sich oft auf dem Weg zum oder innerhalb des Klassenzimmers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stösst sie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spielt allgemein gern den «Klassen-Kasper» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ist Ihr Kind **Rechtshändern** / **Linkshänder**?

In welchem Alter ist Ihr Kind zum Kindergarten gegangen? Und wann in die 1. Klasse?

Geht Ihr Kind gerne zur Schule? **Ja** / **Nein**

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule? **Ja** / **Nein** – Welche?

Sind die schulischen Leistungen **durchschnittlich** / **überdurchschnittlich** / **unterdurchschnittlich**?

Was macht Ihr Kind am liebsten?

Was macht Ihr Kind eher ungern?

| Sport und Freizeit | Ja | Nein | Manchmal | Weiss nicht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, trifft / fängt falsch – zu früh / zu spät | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spielt ungern Ballsport z.B. Handball, Fussball, Völkerball, Federball usw. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ängstlich beim Geräteturnen / Bockspringen / kleinen Höhenunterschieden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemein schlechtes Entfernungsschätzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich leicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Möchte möglichst nur draussen sein – immer «rumtollen» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist eher ein «Stubenhocker», hat kaum Freundschaftskontakte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist öfter mal «abwesend», sog. «Tagträumer» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liest gerne und lange im Bett vor dem Einschlafen | <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"/> |
| Liest nicht gern freiwillig, am ehesten noch «Comics» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht | <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"/> |
| Mag keine Veränderungen in seinem Umfeld (auch familiär) | <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"/> |

| 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"/> |
| Augen werden leicht müde, vor allem beim Lesen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reibt sich öfters die Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augen brennen oder jucken beim Nahsehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausdauernde Konzentration fällt schwer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat oft trockene, gereizte oder gerötete Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leicht tränende / wässrige Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollt oder verdreht die Augen (sog. Augenrollen) | <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"/> |
| Ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht | <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"/> |
| Fährt ungern Karussell / Schiffschaukel 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"/> |
| Schmerzen (Druck / Zug) in den Augenhöhlen / um die Augen herum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen über der Stirn oder eher im Schläfenbereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

Ist Ihr Kind sehr lebhaft? **Ja / Nein** – Wann lief Ihr Kind erstmals (Alter)?

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?

| Sie dies und das | Ja | Nein | Manchmal | Weiss nicht |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Muss alles anfassen, um es erklären zu können (auch was man eigentlich schon kennt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat allgemein ein schlechtes Zeitgefühl | <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"/> |
| Eckt öfter an oder stolpert gern / wirft leicht etwas um | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat schlechte allgemeine motorische Koordination | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eher ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadel, ...) | <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"/> |
| Läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes

Datum

Vielen Dank!