



Kinder und Sehen - Fragebogen für die Eltern

Liebe Eltern, wenn Sie in Bezug auf Ihr Kind ein paar „blaue Antworten“ geben können empfehlen wir Ihnen unseren speziellen Kindersehtest. Bitte vereinbaren Sie einen Termin.

Liest Ihr Kind gerne freiwillig Bücher (ausser Comics)?

Ja nein

Benutzt es beim Lesen Finger, Lineal oder andere Hilfen um der Zeile zu folgen?

Ja nein

Verrutscht es beim Lesen in der Zeile?

Ja nein

Kann es sich gut auf Aufgaben konzentrieren?

Ja nein

Kann es Stillsitzen (ruhig Hausaufgaben machen)?

Ja nein

Will es immer alles anfassen?

Ja nein

Neigt es zum "Ratelesen"?

Ja nein

Ist es zerstreut und macht Fehler bei kurzen Worten?

Ja nein

Verwechselt es häufig Buchstaben (z.B. b und d, p und q)?

Ja nein

Schliesst es beim Lesen und Schreiben ein Auge, oder deckt es ab?

Ja nein

Hält es den Kopf schief beim Lesen?

Ja nein

Hält es den Kopf schief beim Blick geradeaus?

Ja nein

Liest und/oder schreibt es mit dem Kopf ganz nah am Papier?

Ja nein

Wird die Schrift bei längerem Schreiben immer unregelmässiger?

Ja nein

Macht es viele Fehler beim Abschreiben von einer Vorlage?

Ja nein

Ermüdet es schnell bei den Hausaufgaben?

Ja nein

Ist Lesen für Ihr Kind anstrengend?

Ja nein

Wirkt es beim Lesen nervös und lässt sich leicht ablenken?

Ja nein

Reibt es sich oft die Augen?

Ja nein

Ist es lichtempfindlich?

Ja nein



Schauen auch wenn das Kind müde ist beide Augen geradeaus?

Ja nein

Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen?

Ja nein

Wenn ja, wie oft?

.....

Hat es Schwierigkeiten beim Ballfangen?

Ja nein

Ist Ihr Kind ungeschickt, tollpatschig, stolpert oder stösst oft an?

Ja nein

Hat Ihr Kind irgendwann einmal geschielt?

Ja nein

Hat in Ihrer Familie Jemand geschielt?

Ja nein

Hat in Ihrer Familie jemand anderes Lese/Rechtschreibprobleme?

Ja nein

Wurde Ihr Kind bereits wegen einer Augenerkrankung behandelt?

Ja nein

Wenn ja, welche?

.....

Haben sich bei Ihrem Kind Verzögerungen in der Entwicklung der Motorik gezeigt?

Ja nein

Wurde Ihr Kind auf Legasthenie getestet?

Ja nein

Wurde Ihr Kind von Ergotherapeuten, Logopäden etc. behandelt?

Ja nein

Sind bei Ihrem Kind Sprachstörungen bekannt?

Ja nein

Sind bei Ihrem Kind Hörstörungen bekannt?

Ja nein

Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?

Ja nein

Wenn ja, welche und seit wann?

.....

Wurde Ihr Kind bereits von einem Augenarzt untersucht?

Ja nein

Wenn ja, Name des Arztes und letzte Konsultation

.....

Handelt es sich bei Ihrem Kind um eine Früh-, oder Problemge-
burt?

Ja nein

Welche Kinderkrankheiten hatte es?

In welchem Alter?

.....

.....

.....

.....

Hat Ihr Kind gekrabbelt?

Ja nein