



# HEIKE NILL – OPTOMETRIE

Optometrische Analysen • Visualtraining • Brillen – Für Kinder und Erwachsene

## Optometrie-Fragebogen für Vorschulkinder

Um einen möglichst kompletten Eindruck vom *visuellen Wahrnehmungsproblem* 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.

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Geschwister (Vornamen, Geschlecht, Alter)	
Name(n) Erziehungsberechtigte(r)	
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon/Handy	
E-Mail	
Kindergarten (Name, Ort)	
Von wem wurde das Kind überwiesen?	

<b>Jetzige Situation:</b> In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein visuelles Wahrnehmungsproblem zu haben?	
Klagt Ihr Kind über Sehprobleme? Wenn ja, wie äußert sich das	
Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes	

**Haben Sie oder jemand anders vielleicht folgendes beobachtet?**  
(bitte ankreuzen bzw. Nichtzutreffendes streichen)

<b>Im Kindergarten</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>manchmal</b>	<b>weiß nicht</b>
Probleme beim Ausmalen / Ausschneiden von Mustern / Figuren usw.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme einfache Muster nachzustecken/ -legen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dreht den Kopf beim Malen oder Bilderbuch schauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurzer Abstand beim Malen oder Bilderbuch schauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malt ungern farbig, wenn dann mehr dunklere Farben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legt das Blatt beim Malen schräg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malt insgesamt nicht gern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme, Farben richtig zu erkennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielt ungern mit normalen, glatten Bauklötzchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bevorzugt lieber Duplo / Legosteine / Steckspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puzzelt nicht gerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann sich schlecht vorstellen, was grade erzählt oder vorgelesen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plappert auffällig viel und oft	<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 "Kindergarten-Kasper"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Motorik, Sport und Freizeit</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>manchmal</b>	<b>weiß nicht</b>
Hat schlechte allgemeine motorische Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann schlecht die Körperbalance halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern	<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"/>
Zieht sich gern zurück, spielt lieber allein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eher ungeschickt bei Spielen wie Mikado, Halma, Domino o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielt oft und ausdauernd Gameboy, Computer o.ä.	<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"/>
Zielt beim Eingießen nicht mittig, legt die Flasche auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme beim Schuhe binden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Probleme beim Roller / Fahrradfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Allgemeines Befinden</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>manch- mal</b>	<b>weiß nicht</b>
Augen werden leicht müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen schauen auch bei Müdigkeit immer geradeaus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen <b>rechts/links</b> dreht weg – nach <b>innen /außen</b> – wann?				
Blinzelt auffällig oft (alle paar Sekunden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reibt sich öfters die Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen brennen oder jucken beim Nahsehen	<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 oft 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"/>
Bevorzugt eher dunklere Ecken beim Spielen	<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 o.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"/>
Allgemein Schwindel / Unwohlsein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat öfter Kopfweg / Bauchweg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Zusätzliches</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>manch- mal</b>	<b>weiß nicht</b>
Muss alles anfassen, um es erklären zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grimassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Sprechen	<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"/>
Verwechselt häufig Rechts und Links	<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"/>
Sucht häufig etwas, das "vor der Nase" liegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht	<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"/>
Ausdauernde Konzentration fällt schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fragt ständig ohne eigentlich die Antwort abzuwarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mag keine Veränderungen im Umfeld (auch familiär)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Frühkindliche Entwicklung</b>			
War es eine normale Geburt - ja / nein – weshalb			
Ist Ihr Kind gekrabbelt - ja / nein - sog. Vierfüßlerstand? - ja / nein	Krabbeln		4-Füßler
War Ihr Kind sehr lebhaft - ja / nein			
Gab es Entwicklungsschwierigkeiten - ja / nein – welche?			
Wann lief Ihr Kind erstmals (Alter?)			
Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten?			
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten die Uhr zu erlernen – <b>ja / nein</b> ?			
Wie äußert sich bei ihm Müdigkeit?			
Ist Ihr Kind <b>Rechts-</b> / <b>Linkshänder</b> ?			
In welchem Alter ist kam Ihr Kind in den Kindergarten?			
Geht Ihr Kind gern in den Kindergarten - <b>ja / nein / unterschiedlich</b>			
Gibt es irgendwelche Schwierigkeiten dort – <b>ja / nein</b> – welche?			
Was macht Ihr Kind am liebsten?			
- und was eher ungern?			

<b>Ärztliche Vorgeschichte</b>	
Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht - <b>ja / nein</b> - von wem?	
Wann und mit welchem Ergebnis?	
Hat jemand in der Familie visuelle Probleme - <b>ja / nein</b> – wer und welche?	
Bekommt oder bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien - <b>ja / nein</b> – welche?	
Bekommt es derzeit Medikamente (z.B. Ritalin etc.) - <b>ja / nein</b> – welche?	

Datum: \_\_\_\_\_