



FRAGEBOGEN SCHULKINDER: (Angaben werden vertraulich behandelt!)

Liebe Eltern!

Um einen möglichst umfassenden Eindruck zu erhalten, bitte ich Sie, folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Fragen, welche Sie nicht verstehen, bitte auslassen. Wir werden diese dann gemeinsam besprechen.

In welcher Hinsicht ist Ihr Kind auffällig geworden bzw. warum möchten Sie eine Abklärung durchführen lassen?

.....

Name/Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Hobbies:

Namen und Alter der Geschwister:

Namen der Erziehungsberechtigten:

Tel.: Handy Nr.:

Email:

Name des Lehrers / der Lehrerin: Klassenstufe:

Von wem wurden Sie überwiesen oder empfohlen:

FRAGEN ZUR LEBENSQUALITÄT UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT:

Bei Fragen zur Lebensqualität (z.B. unscharfes Sehen, Schmerzen, ...), fragen Sie bitte zusätzlich Ihr Kind.

Bitte schreiben Sie einen Zahlen von 0 bis 4 neben jeden Satz.

0 = Kommt nicht vor / 1 = selten / 2 = gelegentlich / 3 = häufig / 4 = immer

Unscharfes Sehen in der Leseentfernung (= Nähe).	
Doppeltsehen (Ein einzelner Gegenstand wird zweifach gesehen).	
Kopfschmerzen (Stirn/Schläfe) während oder nach Lesen/Schularbeit.	
Ineinanderlaufen der Wörter oder Buchstaben beim Lesen.	
Beissende, tränende oder schmerzende Augen während oder nach Lesen/Schularbeit.	
Überlesen oder Auslassen von Zeilen beim Lesen.	
Auslassen kleiner Wörter beim Lesen.	
Seitliche Kopfbewegungen beim Lesen. (Kopf bewegt die Augen durch die Zeilen.)	
Schwindel oder Übelkeit verursacht durch Tätigkeiten in der Nähe (Leseentfernung).	
Schlechtes Leseverständnis oder Leseverständnis verringert sich während dem Lesen.	
Schwierigkeiten Aufmerksamkeit während Tätigkeiten in der Nähe aufrecht zu halten.	
Schwierigkeiten Schulaufgaben in angemessener Zeit durchzuführen.	
Zahlenspalten erscheinen versetzt.	
Kurzer Abstand zum Lesetext bzw. zum Schreibheft.	
Schlechtere Sicht in der Ferne gegen Ende des Tages.	

Schräges Schreiben (auf- oder abwärts).	
Müdigkeit während oder nach Lesen/Schularbeit.	
Vermeidung von Lesen oder von Schulaufgaben.	
Zuhalten oder Verdecken eines Auges während Tätigkeiten in der Nähe.	
Schlechte Sicht am Hellraumprojektor oder an der Wandtafel.	
Vermeidung von Sport und sportlichen Spielen.	
Schwierigkeiten beim Umgang mit Werkzeugen.	
Übelkeit beim Autofahren.	
Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Wandtafel.	
Schlechte Auge-Hand-Koordination.	
Schwierigkeiten Entfernungen einzuschätzen.	
Unstetige / schlechte Leistungen im Sport.	
Benutzung eines Lineals oder des Fingers beim Lesen.	
Längere Worte werden richtig angefangen zu lesen, dann aber falsch weiter gelesen.	
Grimassieren (das Gesicht verziehen) beim Lesen.	
Auffällig häufiges Blinzeln (alle paar Sekunden) beim Lesen oder Schreiben.	
Zum Zählen/Rechnen werden die Finger benutzt.	
Schwierigkeiten beim Ausmalen von Mustern oder beim Ausschneiden.	
Über oder unter der Linie schreiben.	
Unregelmäßiges Schriftbild.	
Schrift wird schlechter je länger es dauert.	
Verwechslung von Buchstaben wie z.B. b und d, p und q usw.	
Verwechslung von rechts und links.	
Augen schauen bei Müdigkeit nicht mehr geradeaus.	
Ein Auge dreht weg. Wenn ja welches?	
Übermäßiges Augenreiben.	
Starke Lichtempfindlichkeit.	
Vermeidung von Schaukeln oder Karussell.	
Sagt: „Ich kann das nicht“, ohne es zu versuchen.	
Unsicherheit oder Ängstlichkeit beim Fangen von Bällen.	
Orientierungsprobleme, Verlaufen.	
Ängstlichkeit bei kleinen Höhenunterschieden oder beim Klettern.	
Verwendung desselben Fusses beim Treppensteigen (keine wechselseitige Bewegung).	
Versehentliches Umwerfen von Gegenständen, Anstossen oder Stolpern.	
Ungeschicklichkeit bei Spielen (z.B. Domino, Mikado).	
Schlechte motorische Koordination.	
Schlechte Körperbalance.	
Unsicheres Laufen auf unebenem Boden.	

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? **ja/nein** - Wenn ja, welche?.....

.....

Gab es eine normale Geburt? **ja/nein** - Wenn nein, welche Komplikation gab es?

.....

Ist Ihr Kind gekrabbelt? **ja/nein** - Im Vierfüßlerstand? **ja/nein** - Wenn ja, mit welchem Alter?

Mit welchem Alter begann ihr Kind zu gehen?

Gab es Entwicklungsschwierigkeiten? **ja/nein** - Wenn ja, welche?

.....

Ist Ihr Kind sehr lebhaft? **ja/nein**

Wie äussert sich Müdigkeit?

Ist Ihr Kind **Rechts-** oder **Linkshänder**?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule – **ja / nein / unterschiedlich**

Was macht Ihr Kind in der Schule am liebsten?

Was macht Ihr Kind in der Schule eher ungern?

Wie sind die Leistungen in Deutsch? **unterdurchschnittlich/durchschnittlich/überdurchschnittlich**

Wie sind die Leistungen in Mathe? **unterdurchschnittlich/durchschnittlich/überdurchschnittlich**

Wurde Ihr Kind bereits schulpsychologisch untersucht? - **ja/nein** - Wenn ja wann?

Mit welchem Ergebnis?

Klagt(e) ihr Kind über bisher nicht erwähnte Sehprobleme? **ja/nein** - Wenn ja, wie äussert sich das?

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht? - **ja/nein** - Wenn ja wann?

Von wem? Mit welchem Ergebnis?

Hatte Ihr Kind bedeutsame Verletzungen, z.B. Kopf? **ja/nein** Wenn ja, wann, Art und Ausmass:

Ist ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? **ja/nein** - Wenn ja seit wann?

Bei wem? Warum?

.....

Bekommt Ihr Kind Medikamente? **ja/nein** - Wenn ja seit wann?

Welche und weshalb?

.....

Von wem verordnet?

Hat Ihr Kind Medikamente wegen ADS, ADHS, POS (Hyperaktivität) verordnet bekommen? - **ja/nein**

Sonstige Auffälligkeiten oder Leiden/Krankheiten:

.....

.....

Hatte Ihr Kind, bisher Therapien, wegen Bewegungs-, Seh-, oder Sprachstörungen? **ja/nein** Ja, welche?

Von wem verordnet?

Wer hat die Therapie(n) durchgeführt?

.....

Wie lange dauerte(n) sie?

Datum: *Unterschrift:* *Vielen Dank!*