

Fragen zur Vorgeschichte der Augenkontrolle

- Sehschule Ja von _____ bis _____ Nein
- Augenpflaster Ja von _____ bis _____ Nein
- Bereits Brille getragen Ja von _____ bis _____ Nein
- Bereits Prismen getragen Ja von _____ bis _____ Nein
- Bereits Kontaktlinsen getragen Ja von _____ bis _____ Nein
- Augen-Operation Ja von _____ bis _____ Nein

Letzter Augenarztbesuch

- Monat/ Jahr _____ Brille verordnet? Ja Nein Falls Ja: mit Prismen? Ja Nein
- Derzeit in Behandlung wegen: _____ Augenerkrankung festgestellt? Ja Nein
- Wurde (erneuter) Augenarztbesuch empfohlen? Ja wegen _____ Nein
- Augenarzt: _____ in: _____

Fragebogen über allgemeines Befinden und perfektes Sehen

Schule	Ja	Nein	Manchmal	Weiß nicht
Sieht Ihr Kinde an der Tafel verschwommen?				
Erscheinen Buchstaben zeitweise doppelt?				
Tanzen die Buchstaben beim Lesen?				
Ist die Handschrift unregelmäßig und unruhig? Versetztes Schreiben?				
Schreibt Ihr Kind über/ unter der Linie oder schräg nach unten/ oben?				
Verwechselt es Buchstaben wie d & b bzw. p & q				
Liest Ihr Kind freiwillig?				
Hat es einen kurzen Lese- oder Schreibabstand?				
Dreht es den Kopf oder das Blatt beim Lesen und Schreiben?				
Benutzt es gerne den Finger oder das Lineal beim Lesen?				
Lässt Ihr Kind Buchstaben oder Ziffern aus?				
Fängt es ein längeres Wort richtig an, liest dann aber falsch weiter?				
Muss es laut lesen um den Text zu verstehen?				
Macht Ihr Kind beim Lesen einen angestregten Eindruck?				
Allgemeines				
Reibt sich Ihr Kind öfters die Augen?				
Hat es trockene, brennende, juckende oder gerötete Augen?				
Ist Ihr Kind lichtempfindlich?				
Kneift es oft die Augen zusammen um besser sehen zu können?				
Hat Ihr Kind Schmerzen/ Druck in den Augenhöhlen/ um die Augen?				
Hat es Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich?				
Wird Ihrem Kind beim Autofahren schlecht?				
Fällt Ihrem Kind ausdauernde Konzentration schwer?				
Kann es nicht stillsitzen und ist eher „zappelig“?				
Möchte Ihr Kind möglichst oft draußen herumtollen?				
Ist es unsicher oder ängstlich beim Bälle fangen?				
Hat Ihr Kind Probleme beim Ausschneiden oder Ausmalen?				
Ist Ihr Kind Rechts- oder Linkshänder? <input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links				
Ist Ihr Kind gekrabbelt?				
Wann lief es??				
Besondere chronische Erkrankungen oder Erbkrankheiten?				