**Blatt 1: Fragebogen für die Eltern** Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Kindergarten\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Erzieher: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer hat mich empfohlen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
War ihr Kind in augenärztlicher Kontrolle/Behandlung? Behandelnder Augenarzt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

War Ihr Kind in osteopathischer Kontrolle/Behandlung? Behandelnder Osteopath: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

War Ihr Kind in zahnärztlicher Kontrolle/Behandlung? Behandelnder Zahnarzt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Gab es Auffälligkeiten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen während der Geburt Ihres Kindes? Ja □ Nein □

Hat oder hatte Ihr Kind Augenkrankheiten oder -verletzungen? Ja □ Nein □

Welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schielt oder schielte Ihr Kind jemals? Ja □ Nein □

Trägt Ihr Kind eine Brille oder Kontaktlinsen? (Bitte Werte übermitteln) Ja □ Nein □

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja □ Nein □

Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen? Ja □ Nein □

Wie oft?\_\_\_\_\_\_\_\_ Wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In welchem Kopfbereich? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hat/hatte Ihr Kind Sprachstörungen? Ja □ Nein □

Hat/hatte Ihr Kind Hörprobleme? Ja □ Nein □

Sieht Ihr Kind oft unscharf oder gelegentlich doppelt? Ja □ Nein □

Kann sich Ihr Kind lange auf eine Spielsituation konzentrieren ohne sprunghaft zu wechseln? Ja □ Nein □

Träumt Ihr Kind oft vor sich hin? Ja □ Nein □

Schauen auch bei Ermüden beide Augen geradeaus? Ja □ Nein □

Hält es den Kopf beim Malen schief? Ja □ Nein □

Reibt es sich beim Malen oft die Augen? Ja □ Nein □

Gähnt es häufig? Ja □ Nein □

Wie groß ist der Abstand vom Buch beim Betrachten von Büchern? ca. \_\_\_\_\_\_\_cm

Bastelt, malt oder puzzelt Ihr Kind gerne? Ja □ Nein □

Malt Ihr Kind oft über die Linien? Ja □ Nein □

Ist es sehr licht- oder blendempfindlich? Ja □ Nein □

Schließt es manchmal ein Auge oder deckt es ab? Ja □ Nein □

Kneift es die Augen oder runzelt die Stirn? Ja □ Nein □

Fällt Ihrem Kind der Wechsel zwischen Fern-und Nahsehen schwer? Ja □ Nein □

Hat es Schwierigkeiten beim Werfen und Fangen von Bällen? Ja □ Nein □

Stößt sich Ihr Kind oft versehentlich oder fällt es hin? Ja □ Nein □

Gab oder gibt es bereits spezielle Förderungen? (z.B. Ergotherapie, Logopädie,…) Ja □ Nein □

Art der Förderung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Das Hauptproblem meines Kindes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_