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

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

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Schule: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_\_\_ Lehrer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns empfohlen?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ist oder war Ihr Kind in augenärztlicher Kontrolle/Behandlung? Behandelnder Augenarzt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt oder gab es Auffälligkeiten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist oder war Ihr Kind in osteopathischer Kontrolle/Behandlung? Behandelnder Osteopath:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt oder gab es Auffälligkeiten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist oder war Ihr Kind in zahnärztlicher Kontrolle/Behandlung? Behandelnder Zahnarzt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Gibt oder gab es Auffälligkeiten?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

War Ihr Kind eine Früh- oder Problemgeburt Ja □ Nein □

Hatte Ihr Kind bereits Augenkrankheiten oder -verletzungen? Ja □ Nein □

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

Schielt oder schielte Ihr Kind jemals bzw. wurde ein Auge abgeklebt? Ja □ Nein □

Gibt es eine Brille- oder Kontaktlinsenverordnung? R: sph \_\_\_\_ cyl\_\_\_\_ Achse \_\_\_° verordnet am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L: sph \_\_\_\_ cyl\_\_\_\_ Achse \_\_\_° Prismen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen? Ja □ Nein □

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

Hat ihr Kind häufig Bauchschmerzen und/oder leidet es unter Reiseübelkeit? Ja □ Nein □

Hat/hatte Ihr Kind Sprachstörungen? Ja □ Nein □

Hat/hatte Ihr Kind Hörprobleme? Ja □ Nein □

Wurde bei Ihrem Kind eine Lese-Rechtschreib-Schwäche festgestellt? Ja □ Nein □

Macht es beim Lesen einen angestrengten Eindruck, liest es stockend? Ja □ Nein □

Vergisst Ihr Kind schnell, was es eben gelesen hat oder ermüdet nach kurzer Lesedauer? Ja □ Nein □

Kann es sich gut Konzentrieren? Ja □ Nein □

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

Hält es den Kopf beim Lesen/Schreiben schief? Ja □ Nein □

Verwechselt es häufig Buchstaben z.B. b und d? Ja □ Nein □

Verrutscht Ihr Kind oft in den Zeilen, findet es schlecht den Zeilenanfang? Ja □ Nein □

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

Wie groß ist der Abstand vom Buch beim Lesen/Schreiben? 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, deckt es ab 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 häufig oder fällt oft hin? Ja □ Nein □

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

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

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

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

**Blatt 2: Fragebogen für das Kind** Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Bitte fülle diese Seite eigenständig, gegebenenfalls mithilfe deiner Eltern aus)

Liest du gern freiwillig? Dein Lieblingsbuch? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja □ Nein □

Wird das Lesen anstrengender, je länger du liest? Ja □ Nein □

Vergisst du schnell, was du eben gelesen hast? Ja □ Nein □

Fällt dir die Konzentration beim Lernen schwer? Ja □ Nein □

Liest oder buchstabierst du stockend? Ja □ Nein □

Liest du sehr schnell, aber mit vielen Fehlern? Ja □ Nein □

Überspringst du Zeilen beim Zeilenwechsel? Ja □ Nein □

Siehst du beim Lesen unscharf oder verschwommen? Ja □ Nein □

Flimmert die Schrift oder tanzen die Buchstaben? Ja □ Nein □

Wird deine Schrift bei längerem Schreiben immer unregelmäßiger? Ja □ Nein □

Bastelst, malst oder puzzelst du gern? Ja □ Nein □

Malst du oft über Linien? Ja □ Nein □

Hast du Schmerzen oder ein Druckgefühl um die Augen nach dem Lesen? Ja □ Nein □

Reibst du oft die Augen oder blinzelst Du oft? Ja □ Nein □

Tränen oder brennen deine Augen beim Lesen oder bei den Hausaufgaben? Ja □ Nein □

Werden deine Augen vor dem Computer/Laptop/Handy müde? Ja □ Nein □

Wirst du beim Fernsehen müde? Ja □ Nein □

Ist der Blickwechsel vom Heft zur Tafel schwierig? Ja □ Nein □

Ist der Blickwechsel von der Tafel auf das Heft schwierig? Ja □ Nein □

Bist du lichtempfindlich? Ja □ Nein □

Hast du manchmal Kopfschmerzen? Ja □ Nein □

Wie oft ? etwa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mal pro Woche seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wann? oft schon morgens □ während des Tages zunehmend □ nachts □

Wo? seitlich □ vorne □ hinten □

Hast du häufig Bauchschmerzen? Ja □ Nein □

Kneifst du beim Lesen ein Auge zu oder hältst die Hand davor? Ja □ Nein □

Siehst du manchmal doppelt? Ja □ Nein □

Wenn ja: In der Nähe □ In der Ferne □

Hast du Probleme beim Werfen / Fangen von Bällen? Ja □ Nein □

Schlägst du beim Tennis / Federballspielen oft daneben? Ja □ Nein □

Das ist mein Hauptproblem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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