



Name / Vorname: \_\_\_\_\_

**Haben Sie oder jemand anderes vielleicht folgendes beobachtet?**

(bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffendes streichen)

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Einen recht kurzen Lese- / Schreibabstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dreht den Kopf oder das Buch beim lesen /schiebt schräg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzt beim Lesen gern ein Lineal / Finger o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lässt Buchstaben oder Ziffern aus, lässt Endungen weg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verliert beim Lesen leicht die Zeile/ lässt ganze Zeilen weg / Wörter aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fängt längeres Wort richtig an, "liest" aber falsch weiter ("Ratelesen")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann sich schlecht merken / vorstellen was gerade gelesen wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss laut lesen oder Lippen bewegen um den Textinhalt zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss mehrfach das Gleiche lesen um den Sinn zu verstehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss beim Vorlesen häufig gähnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grimassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Lesen / Vorlesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blinzelt auffällig oft (alle paar Sekunden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermeidet direkte Blickkontakte ("flüchtiger Blick") mit anderen Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Klagt Ihr Kind über Sehprobleme ? Wenn ja, wie äussert sich das? \_\_\_\_\_

**In der Schule:**

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Probleme beim Ausmalen / Ausschneiden von Mustern / Figuren usw.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzt beim Zählen immer noch die Finger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sieht an der Tafel / am Projektor schlecht / verschwommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tafel (Ferne) oder Buchstaben (Nähe) erscheinen zweitweise doppelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte Platzierung von Zeichnungen / Zahlen auf dem Blatt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben oder unten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schreibt über oder unterhalb der Linie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmässiges Schriftbild, wird schlechter je länger es dauert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwechseln von Buchstaben wie <b>d</b> und <b>b</b> , <b>p</b> und <b>q</b> usw.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss häufig beim Nachbarn abschreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiss die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen ("es ist eben so")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verläuft sich auf dem Weg zum oder innerhalb des Klassenzimmers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stellt anderen Kindern gerne ein Bein, berührt oder stösst sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielt allgemein gern den "Klassen-Kaspar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Sport & Freizeit:**

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, trifft / fängt falsch - zu <b>früh</b> /zu <b>spät</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielt ungern Ballsport z.B. Handball, Fussball, Badminton	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlich beim Geräteturnen / kleinen Höhenunterschieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemein schlechtes Entfernungsschätzen	<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"/>
Ist öfter mal "abwesend", sog. "Tagträumer"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liest gern und lange im Bett vorm Einschlafen	<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"/>
Mag keine Veränderungen in seinem Umfeld (auch familiär)	<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"/>

In welchem Alter ist Ihr Kind in den Kindergarten gegangen? \_\_\_\_\_ 1. Klasse: \_\_\_\_\_

Geht Ihr Kind gerne zur Schule ? - **ja / nein**

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule - **ja / nein** - welche? \_\_\_\_\_

Sind die schulischen Leistungen: **durchschnittlich / überdurchschnittlich / unterdurchschnittlich**

Was macht Ihr Kind am liebsten? \_\_\_\_\_

Und was eher ungern? \_\_\_\_\_

**Allgemeines Befinden:**

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen werden leicht müde, vor allem beim Lesen	<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"/>
Ausdauernde Konzentration fällt schwer	<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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kneift / zwickt oft die Augen zusammen und 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"/>
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"/>
Schmerzen (Druck/Zug) in den Augenhöhlen / um die Augen herum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen oberhalb der Stirn oder eher im Schläfenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gab es eine normale Geburt -**ja / nein** - weshalb? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind gekrabbelt- **ja / nein** sog. Vierfüssler Stand? -**ja / nein**

War Ihr Kind sehr lebhaft - **ja / nein** wann lief Ihr Kind erstmals (Alter ' ) \_\_\_\_\_

Gab es Entwicklungsschwierigkeiten - **ja / nein** - welche? \_\_\_\_\_

Wie äussert sich bei Ihrem Kind Müdigkeit? \_\_\_\_\_

Ein Auge dreht weg - **rechts / links** wann? \_\_\_\_\_

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen? \_\_\_\_\_

**So dies und das:**

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Muss alles anfassen, um es erklären zu können	<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 <b>Rechts</b> und <b>Links</b>	<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"/>
Hat schlechte allgemeine motorische Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eher ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenziehen)	<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"/>

War Ihr Kind wegen einer oder mehrerer der oben genannten Beschwerden beim:

- Augenoptiker:  Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Augenarzt:  Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Neurologe:  Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Heilpraktiker:  Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Physiotherapeut:  Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Internist:  Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Psychologe:  Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Anderer:  Ergebnis: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind irgendwelche Medikamente? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind zurzeit in Behandlung? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Vielen Dank!