

Checkliste für Eltern und Kinder

Um einen möglichst kompletten Eindruck des visuellen Systems zu bekommen, bitten wir sie, die nachstehenden Fragen so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten.

Name: _____ Geb.Datum: _____ Geschwister: _____

Alter: _____ Schule: _____ Klasse: _____

Von wem wurden Sie zu uns empfohlen?: _____

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind oder Sie ein Wahrnehmungs-Problem zu haben?: _____

Klagt Ihr Kind oder Sie über Sehprobleme? – Wenn ja, wie äußert sich das?: _____

Fand eine augenärztliche Untersuchung statt – ja / nein – von wem? _____ wann?: _____

Mit welchem Ergebnis?: _____

Gibt es in der Familie jemand mit Augenproblemen (ev. Eltern / Großeltern) irgendwelche Augenprobleme?: – ja / nein

Wenn ja, welche?: _____

Sind Sie derzeit in ärztlicher / augenärztlicher Behandlung?: – ja / nein

Bekommen Sie derzeit irgendwelche Medikamente - ja / nein - welche?: _____

Besonderheiten beim Lesen

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
Mein Lese / Schreibabstand ist recht kurz (unter 35 cm) _____	☐	☐	☐	☐
Ich muss ein Buch / Blatt dicht an die Augen führen, um gut lesen zu können – _____	☐	☐	☐	☐
Den Kopf oder das Buch / Blatt halte ich beim Lesen / Schreiben lieber schräg _____	☐	☐	☐	☐
Beim Lesen benutze ich gern einen Finger / ein Lineal o.ä _____	☐	☐	☐	☐
Ich kann mir schlecht merken / vorstellen was ich gerade gelesen habe _____	☐	☐	☐	☐
Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar) _____	☐	☐	☐	☐
Buchstaben / Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen _____	☐	☐	☐	☐
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt _____	☐	☐	☐	☐
Ich habe Schwierigkeiten von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt) _____	☐	☐	☐	☐
Im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief _____	☐	☐	☐	☐
Mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt / enger _____	☐	☐	☐	☐

Allgemeines Befinden

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus _____	☐	☐	☐	☐
Ich muss öfter die Augen reiben _____	☐	☐	☐	☐
Meine Augen brennen oder jucken beim Nahsehen _____	☐	☐	☐	☐
ausdauernde Konzentration fällt mir schwer _____	☐	☐	☐	☐
Ich habe oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen _____	☐	☐	☐	☐
Meine Augen tränen leicht oder sind wässrig _____	☐	☐	☐	☐
Ich muss häufig blinzeln (alle paar Sekunden) _____	☐	☐	☐	☐
Um besser zu sehen, kneife ich gern die Augen zusammen _____	☐	☐	☐	☐
Ich bin relativ lichtempfindlich, auch bei normalen Raumlicht _____	☐	☐	☐	☐
Bei bestimmten Sehaufgaben schließe ich lieber ein Auge zur Erleichterung _____	☐	☐	☐	☐
Beim Autofahren / Busfahren wird mir leicht übel _____	☐	☐	☐	☐
Ich habe öfter Schmerzen (Druck / Zug) um die Augen / in den Augenhöhlen _____	☐	☐	☐	☐
Ich leide oft unter Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich _____	☐	☐	☐	☐
Ich habe öfter Migräneanfälle _____	☐	☐	☐	☐
Mein Nacken / Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt _____	☐	☐	☐	☐

Allgemeine Dinge

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
Ich verwechsle leicht Rechts und Links _____	☐	☐	☐	☐
stolpere gern, ecke öfter mal an, bleibe irgendwo hängen _____	☐	☐	☐	☐
werfe leicht etwas um _____	☐	☐	☐	☐
schütte beim Eingießen öfter über oder sogar daneben _____	☐	☐	☐	☐
suche häufig etwas, das vor der Nase liegt _____	☐	☐	☐	☐
kann mir schlecht was merken _____	☐	☐	☐	☐
lese ungern im Bett _____	☐	☐	☐	☐
morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen _____	☐	☐	☐	☐
kann früh meine Zeitung schlechter lesen als gegen Mittag _____	☐	☐	☐	☐
habe Probleme meine Armbanduhr abzulesen, speziell den Kalender _____	☐	☐	☐	☐
unsicher beim Bälle fangen / werfen _____	☐	☐	☐	☐
bin eher ungeschickt mit Werkzeug (Hammer, Schraubendreher, Bohrer usw.) _____	☐	☐	☐	☐
habe Probleme eine Nadel einzufädeln (Nadelöhr treffen) _____	☐	☐	☐	☐
laufe unsicher auf unebenem Boden (z.B. Waldboden) _____	☐	☐	☐	☐
habe allgemein ein schlechtes Zeitgefühl _____	☐	☐	☐	☐
bin unsicher beim Treppensteigen / Leitersteigen _____	☐	☐	☐	☐
Fernsehen ermüdet mich, schlafe leicht dabei ein _____	☐	☐	☐	☐
Computerarbeit strengt mich an _____	☐	☐	☐	☐
der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf _____	☐	☐	☐	☐
das Manuskript / die Tastatur verschwimmen öfter mal _____	☐	☐	☐	☐
der Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf _____	☐	☐	☐	☐

In der Schule

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
weiß die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen („es ist eben so“) _____	☐	☐	☐	☐
stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie _____	☐	☐	☐	☐
spielt allgemein gern den „Klassen-Kasper“ _____	☐	☐	☐	☐
Probleme beim Ausmalen / Ausschneiden von Mustern / Figuren usw _____	☐	☐	☐	☐
benutzt beim Zählen immer noch die Finger _____	☐	☐	☐	☐
sieht an der Tafel / am Projektor schlecht / verschwommen _____	☐	☐	☐	☐
Tafel (Ferne) oder Buchstaben (Nähe) erscheinen zeitweise doppelt _____	☐	☐	☐	☐
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen _____	☐	☐	☐	☐
fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände) _____	☐	☐	☐	☐
schlechte Platzierung von Zeichnungen / Zahlen auf dem Blatt _____	☐	☐	☐	☐
kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben oder unten) _____	☐	☐	☐	☐
schreibt über oder unterhalb der Linie _____	☐	☐	☐	☐
unregelmäßiges Schriftbild, wird schlechter je länger es dauert _____	☐	☐	☐	☐
verwechseln von Buchstaben wie d und b, p und q usw _____	☐	☐	☐	☐
verliert beim Lesen leicht die Zeile / lässt ganze Zeilen / Wörter aus _____	☐	☐	☐	☐
einen recht kurzen Lese / Schreibabstand _____	☐	☐	☐	☐
dreht den Kopf oder das Buch / Blatt beim Lesen / Schreiben schräg _____	☐	☐	☐	☐
macht beim Lesen einen angestregten Eindruck _____	☐	☐	☐	☐
grimmassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Lesen / Vorlesen _____	☐	☐	☐	☐
muss beim Vorlesen häufig gähnen _____	☐	☐	☐	☐
blinzelt auffällig oft _____	☐	☐	☐	☐
benutzt beim Lesen gern ein Lineal / Finger o.ä. _____	☐	☐	☐	☐
lässt Buchstaben oder Ziffern aus, lässt Endungen weg _____	☐	☐	☐	☐