

Fragebogen für Kinder und Heranwachsende in der Schule

Um einen möglichst kompletten Eindruck vom visuellen Wahrnehmungsproblem Ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie, sich etwas Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten.

Dieser Fragebogen dient als Grundlage für die "Visuelle Analyse". Diese zeitaufwändigen (etwa 1 bis 2 Stunden) und umfassenden Messungen der "Visuellen Analyse" werden bei uns im Geschäft nach Terminabsprache durchgeführt.

Der Wert dieser Messungen beträgt 199,00 EUR.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mühe!

Ihre Angaben werden bei uns selbstverständlich vertraulich behandelt.

Hinweis: Mit dem Ausfüllen und Absenden des Fragebogens willigen Sie der Verarbeitung der von Ihnen gemachten Angaben im Rahmen der Datenschutzerklärung zu.

Die verarbeiteten Fragebögen können ausschließlich durch meine Mitarbeiter und mich eingesehen werden und dienen ausschließlich als Grundlage für die angebotene Dienstleistung "Visuelle Analyse".

* **Erforderlich**

1. E-Mail-Adresse *

ANGABEN ZUM KIND

2. Name *

3. Vorname *

4. Spitzname / Kosenname

5. Geburtsdatum *

Beispiel: 7. Januar 2019

6. Geschlecht *

Markieren Sie nur ein Oval.

Weiblich

Männlich

7. Straße Hausnummer *

8. PLZ, Ort *

9. Wieviele Geschwister hat Ihr Kind? *

Markieren Sie nur ein Oval.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Name der Schule *

11. In welche Klasse ist Ihr Kind aktuell? *

12. Name des Klassenlehrers /der -lehrerin *

ANGABEN EINES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

13. Nachname *

14. Vorname *

15. Beruf *

16. Telefonnummer (mobil) *

17. Überweisung oder Empfehlung durch:

18. Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht? *

Markieren Sie nur ein Oval.

Nein

Ja

Falls Ihr Kind augenärztlich untersucht wurde:

19. Von welchem Arzt?

20. Wann war die augenärztliche Untersuchung?

Beispiel: 7. Januar 2019

21. Welches Ergebnis hatte die augenärztliche Untersuchung?

DERZEITIGE SITUATION

22. In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein Wahrnehmungsproblem zu haben?

HABEN SIE ODER JEMAND ANDERS VIELLEICHT SCHON FOLGENDES BEI IHREM KIND BEOBACHTEN KÖNNEN?

23.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	keine Antwort
Recht kurzer Lese- oder /und Schreibabstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dreht beim Lesen /Schreiben den Kopf oder das Buch /Blatt schräg	<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"/>
Lässt beim Lesen /Schreiben Buchstaben oder/und Ziffern aus oder /und Wortendungen weg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verliert beim Lesen leicht die Zeile; Lässt ganze Wörter oder Zeilen aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liest längere Wörter anfangs richtig, "liest" aber falsch weiter ("Ratelesen")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann sich schlecht vorstellen oder merken, was gerade gelesen wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss laut lesen oder die Lippen bewegen, um den Textinhalt zu verstehen	<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"/>
Macht beim Lesen einen angestregten Eindruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Macht Grimassen oder verzieht das Gesicht beim Sprechen oder Lesen /Vorlesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blinzelt auffällig oft (alle paar Sekunden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermeidet direkte Blickkontakte mit anderen Personen ("flüchtiger Blick")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klagt Ihr Kind über Sehprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Falls Ihr Kind über Sehprobleme klagt, wie äußern sich diese?

BEOBACHTUNGEN AUS DEM SCHULALLTAG

25.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	keine Antwort
Probleme beim Ausmalen /Ausschneiden von Mustern, Figuren, o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzt beim Zählen die Finger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sieht das Tafel- /Projektorbild verschwommen oder schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten bei der schnellen Umstellung von Nah auf Fern (oder umgekehrt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Tafelbild erscheint teilweise doppelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Falls das Tafelbild doppelt erscheint: Das Tafelbild erscheint doppelt ...

Wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus.

- aus der Nähe
- aus der Ferne
- aus der Nähe und der Ferne

27.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	Keine Antwort
Schrift verschwimmt, ist unruhig; Buchstaben tanzen	<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"/>
Schlechte Platzierung von Zeichnungen /Zahlen auf dem Blatt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schräges Schriftbild (nach oben oder unten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schreibt über- oder unterhalb der Linie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmäßiges Schriftbild; Schriftbild wird schlechter je länger es dauert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwechselt Buchstaben (z.B. d mit b, q mit p)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss häufig beim Nachbarn abschreiben	<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"/>
Verläuft sich auf dem Weg zum oder innerhalb des Klassenzimmers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie gerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielt allgemein gern den (Klassen-)"Kasper"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

WEITERE ANGABEN ZUM KIND

28.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	Keine Antwort
Unsicher oder ängstlich beim Fangen von Bällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rechts und Links werden häufig verwechselt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klettert nicht gern; Ängstlich bei Höhenunterschieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme beim Fahren mit dem Roller oder Fahrrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läuft unsicher auf unebenem Boden (z.B. Sand, Waldboden,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geht Treppen Stufe für Stufe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eckt öfter an, stolpert oder wirft etwas um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zielt beim Eingießen nicht mittig; Legt die Flasche auf beim Eingießen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungeschickt bei Spielen wie Mikado, Halma, Domino, o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemein schlechte motorische Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halten der Körperbalance fällt schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Angst vor Wasser; Will nicht schwimmen lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Kind Linkshänder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Wie äußert sich Müdigkeit bei Ihrem Kind?

30. Leidet Ihr Kind an einer Erbkrankheit, unter chronischen Erkrankungen oder/und sonstigen Einschränkungen?

31. Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?

32. Gab es Probleme bei der Geburt?

33. In welchem Alter lief Ihr Kind erstmals? (Angabe in Jahren)

34.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	Keine Antwort
Ihr Kind lief ohne vorher zu krabbeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihr Kind hatte Schwierigkeiten beim Vierfüßlerstand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35.

Markieren Sie nur ein Oval pro Zeile.

	Ja	Nein	Keine Antwort
Hat Schwierigkeiten mit Veränderungen in seinem Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sucht häufig etwas, "was direkt vor der Nase liegt"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchte möglichst oft draußen sein oder "rumtollen"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eher ein Stubenhocker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zieht sich gern zurück; Spielt lieber allein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss alles anfassen, um es erklären zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fragt ständig, ohne die eigentliche Antwort abzuwarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauerndes Konzentrieren oder Zuhören fällt schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeigt "altkluge" Verhaltensweisen in Gestik, Sprache, o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemein schlechtes Einschlafverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechtes Zeitgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss zu unpassenden Zeiten auf die Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann nicht stillsitzen; Ist oft "zappelig"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fängt ständig neue Dinge an, ohne diese zu beenden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme beim Erlernen der Uhr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Gibt es sonstige Schwierigkeiten /Verhaltensauffälligkeiten in der Schule?

37. Was macht Ihr Kind in der Schule am Liebsten?

Falls nicht, warum nicht?

38. Was macht Ihr Kind in der Schule eher ungern?

39. Gibt es visuelle Probleme in der Familie?

Markieren Sie nur ein Oval.

Nein

Ja

40. Falls es visuelle Probleme gibt, beim wem treten diese in welcher Form auf?

41. Hat Ihr Kind bereits Therapien bekommen?

Markieren Sie nur ein Oval.

Nein

Ja

42. Falls Ihr Kind bereits Therapien bekommen hat, wann wurde welche Therapie angewendet?

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare