



optic art eichinger

SEHEN NEU DEFINIERT

Dennerstr. 6 90429 Nürnberg direkt am Plärrer,
inkl. eigener Parkplätze Tel: 09 11 - 44 24 01
Öffnungszeiten: Mo: Ruhetag, Di – Fr: 9.30 – 13.00 Uhr
und 14.00 – 18.00 Uhr, Sa: 9:30 – 13 Uhr

Sehr geehrte Eltern,

sie haben Ihr Schulkind bei uns zu einer optometrischen Korrektionsmessung angemeldet. Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Um einen möglichst kompletten Eindruck der visuellen Wahrnehmung ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen (gerne zusammen mit Ihrem Kind) so vollständig wie möglich auszufüllen und diesen zur Messung mitzubringen. Unser Zeitaufwand für Messung, Analyse und Beratung wird voraussichtlich mehr als 90 Minuten in Anspruch nehmen.

Wir wünschen, dass mindestens ein Elternteil / Erziehungsberechtigter bei der Messung anwesend ist

Name:..... Vorname:..... Klasse:.....
 Straße:..... Geburtsdatum:..... Schule:.....
 PLZ/Ort:..... Telefon:..... email:.....
 Name Erziehungsberechtigte:..... Beruf:.....

Grund des Besuchs (bitte zutreffendes ankreuzen)

Wunsch nach neuer Brille Sehverschlechterung Anstrengungsbeschwerden Sehstörungen Schulprobleme
 Empfohlen durch:..... Sonstiges:.....

Aktuelle Situation

Welche Auffälligkeiten zeigen sich bei Ihrem Kind?

Klagt Ihr Kind über Sehprobleme? Ja, und zwar..... Nein

Vorgeschichte

War Ihr Kind bereits beim Augenarzt? Ja, am.....bei..... Nein
 Wenn ja mit welchem Ergebnis?

Wurde Ihr Kind schon in der Sehschule behandelt? Ja, von.....bis..... Nein
 Hat Ihr Kind schon eine Brille / Kontaktlinsen getragen? Ja, von.....bis..... Nein
 Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt? Ja, von.....bis..... Nein
 Hatte ihr Kind Verletzungen oder Operationen an den Augen? Ja, wegen.....im Jahre..... Nein
 Gibt es in der Familie jemanden mit visuellen Problemen? Ja, wer?.....welche?..... Nein

die Geburt verlief normal sonstiges.....
 Krabbeln von..... bis.....Monat sonstiges.....
 Wann lief Ihr Kind das erste Mal? ab.....Monat sonstiges.....

Voruntersuchungen

Haus- oder Kinderarzt Ja, am.....bei..... Befund: Nein
 Facharzt Ja, am.....bei..... Befund: Nein
 Spezialabklärungen (EKG, CT) Ja, welche?..... Befund: Nein
 Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja, welche?..... für: Nein
 Hat Ihr Kind Erkrankungen ? Ja, welche?..... Nein

Behandlungen und Therapien

Legasthenie bei..... von.....bis..... Nein
 Ergotherapie bei..... von.....bis..... Nein
 Logopädie bei..... von.....bis..... Nein
 Physiotherapie bei..... von.....bis..... Nein
 Nachhilfe bei..... Fächer:..... von.....bis..... Nein
 Sonstiges:

Allgemeines (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Kopfschmerzen, Migräne** Ja Wo?..... Wann?..... Nein
- Verspannungen, Schmerzen** Ja Augenmuskeln Nacken, Schulter,..... Nein

Lesen...

- ist anstrengend Wörter werden übersprungen Endungen werden weggelassen In der Zeile verrutschen
- Zeilenwechsel ist schwierig Leseabstand ist verkürzt Buchstaben sind unruhig, tanzen auffällige Kopfhaltung
- Buchstaben verschwimmen gebrauchten von Lineal / Finger verwechseln von Buchstaben (b, d, p, q)
- Buchstaben / Linien verdoppelt sonstiges

Schreiben...

- macht Fehler beim Abschreiben dreht Kopf / Blatt schräg unschöne Schrift
 - Rechtschreibprobleme kann Linie nicht halten sonstiges
- Händigkeit :** **Rechtshänder?** **Linkshänder**

Wie alt war Ihr Kind bei der Einschulung?

Geht Ihr Kind gerne in die Schule?

Gibt es in der Schule Schwierigkeiten?

folgendes fällt auf:

- Ihr Kind mag keine Veränderungen in seinem Umfeld kann sich schlecht vorstellen was erzählt wird verwechselt oft rechts und links
- hat allgemein kein Zeitgefühl muss alles anfassen um es zu erklären sucht häufig etwas was vor der Nase liegt

Auffälligkeiten / Schwierigkeiten bei

- Grobmotorik** rennen hüpfen Gleichgewicht Nein
- sonstiges.....

- Feinmotorik** ausmalen ausschneiden puzzeln Nein
- Knöpfen oder Schuhe binden sonstiges.....

- Geschicklichkeit, Koordination** Nein

- ängstlich beim Bälle fangen stolpert oder eckt öfter an unsicher beim Fahrrad / Roller fahren
- kann Balance schlecht halten allgemein schlechte motorische Koordination
- klettert ungern, Angst vor Höhenunterschieden geht die Treppe nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe)
- sonstiges.....

- Sprachprobleme / Hörprobleme** Ja Nein
- Wenn Ja, welche?.....

- Sehprobleme** Ja Nein

- ein Auge dreht weg – rechts / links schließt ein Auge oder versucht es abzudecken
- verschwommen Sehen Augenkneifen häufiges Blinzeln
- trockene oder brennende Augen häufig rote Augen leicht tränende Augen
- licht - / blendempfindlich Augenreiben Probleme Farben richtig zu benennen
- Unschärfe bei Distanzwechsel sonstiges:.....

- Anstrengung / Ermüdung / Konzentration** Ja Nein

- Konzentrationsschwierigkeiten wird zappelig ermüdet rasch wird aggressiv
- berührt alles mit den Händen müde Augen beim Fernsehen wird laut redet ständig
- fängt ständig Sachen an ohne Sie zu beenden fragt ständig ohne die eigentliche Antwort abzuwarten
- sonstiges:.....

Elterliches Einverständnis für optometrische Messungen

Ort und Datum:.....

Unterschrift:.....