

Allgemeines (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Kopfschmerzen, Migräne** Ja Wo?..... Wann?..... Nein
- Verspannungen, Schmerzen** Ja Augenmuskeln Nacken, Schulter,..... Nein
- Malen / Basteln...**
- kurzer Abstand beim Malen dreht Kopf / Blatt schräg kann einfache Muster schwer nachmalen
- malt insgesamt ungern malt ungern farbig Probleme beim Ausschneiden von Figuren
- Spiele / Vorlesen...**
- kann sich schlecht vorstellen was erzählt / vorgelesen wird Schwierigkeiten beim Zuhören
- spielt ausdauernd Gameboy, Computer o. ä. spielt gern den „Kindergarten-Kasper“
- sonstiges
- Ist Ihr Kind:** Rechtshänder / Linkshänder?
- Ab welchem Alter ging ihr Kind in den Kindergarten?**
- Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?**
- Gibt es im Kindergarten irgendwelche Schwierigkeiten?**
- Fällt Ihnen folgendes auf? Ihr Kind....**
- mag keine Veränderungen in seinem Umfeld sucht häufig etwas was vor der Nase liegt verwechselt oft rechts und links
- hat allgemein kein Zeitgefühl muss alles anfassen um es zu erklären

Auffälligkeiten / Schwierigkeiten bei

- Grobmotorik** rennen hüpfen 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 (Stufe für Stufe)
- sonstiges.....
- Sprachprobleme** Ja Nein
- Wenn Ja, welche?.....
- Hörprobleme** Ja Nein
- Wenn Ja, welche?.....
- Sehprobleme** Ja Nein
- eine Auge dreht weg – rechts / links schließt ein Auge oder versucht es abzudecken
- rollt oder verdreht Auge 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 neue Dinge an ohne Sie zu beenden fragt ständig ohne die eigentliche Antwort abzuwarten
- sonstiges:.....
- Geburt** normal sonstiges.....
- Krabbeln** von..... bis..... Monat sonstiges.....
- Wann lief Ihr Kind das erste Mal?** ab..... Monat sonstiges.....

Elterliches Einverständnis für optometrische Messungen

Ort und Datum:.....

Unterschrift:.....