

Fragen zu Ihrem Kind:

NAME, VORNAME des Kindesgeb.....

KLASSE.....SCHULE..... 1. Datum
 2. Datum.....

	NEIN	JA
Wurde bei Ihrem Kind eine Legasthenie festgestellt/ bei weiteren Familienmitgliedern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Ihr Kind jemals geschickt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien/ Heuschnupfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es Augenverletzungen oder Augenoperationen bei Ihrem Kind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab es Probleme während der <input type="radio"/> Schwangerschaft / <input type="radio"/> Geburt / <input type="radio"/> erste Lebensmonate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (z.B. Ritalin)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gab oder gibt es spezielle Förderungen (Ergotherapie, Nachhilfe, Logopädie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommen Sie auf Empfehlung? Falls ja, von:	Tel.:	
Letzter Termin bei Augenarzt Dr.Datum:		
Grund:Ergebnis:		
Messung bei erweiterter Pupille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte markieren Sie die zutreffende Zahl mit einem Kreuz/Kreis: (1) = gar nicht zutreffend (5) = sehr stark zutreffend

außer Comics kein freiwilliges Lesen	1	2	3	4	5
auffällige Kopfhaltung beim Lesen	1	2	3	4	5
oft Augenreiben, Blinzeln oder Stirnrunzeln	1	2	3	4	5
verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit	1	2	3	4	5
Ermüdung bei anspruchsvollen Sehaufgaben (z.B. TV, Computer, Lesen)	1	2	3	4	5
beim Schreiben können Linien nicht gut gehalten werden	1	2	3	4	5
Schrift wird beim längeren Schreiben zunehmend unregelmäßiger	1	2	3	4	5
beim Ausmalen oft über die Linien malen	1	2	3	4	5
nicht gern basteln, puzzeln oder mit der Schere schneiden	1	2	3	4	5
macht Fehler beim Abschreiben von einer Vorlage	1	2	3	4	5
häufiges Verrutschen in der Zeile beim Lesen	1	2	3	4	5
große Schrift wird besser gelesen als kleine Schrift	1	2	3	4	5
Lichtempfindlichkeit: am liebsten im Schatten spielen	1	2	3	4	5
kann schlecht Bälle fangen; hat Probleme bei Federball, Tennis o.ä.	1	2	3	4	5
stößt oft an Gegenstände an, Stolpern, allgemeine Ungeschicklichkeiten	1	2	3	4	5
Kopfschmerzen (med. abgeklärt <input type="radio"/> NEIN / <input type="radio"/> JA)	1	2	3	4	5

Ich beauftrage Herrn Dobe bzw. Frau Köhler mit der Messung der Stärken bei meinem Kind und bin darüber informiert, dass dies keine ärztliche Untersuchung ersetzt. Das IVBV-Informationsblatt habe ich erhalten.

Unterschrift:

Erfolgsbeobachtung nach ca. 2 Monaten

DATUM:

Wie bewerten Sie die Veränderungen: deutlich besser etwas besser unverändert schlechter

Ihr Kind trägt die Brille gern ungern Wann wird die Brille getragen: