



## Fragebogen (Eltern)

Angaben zu Ihrem Kind:

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

### • Allgemeines

Hat in Ihrer Familie jemand geschielt?	O ja	O nein
Hatte Ihr Kind jemals eine Augenverletzung?	O ja	O nein
Hatte Ihr Kind schon mal eine Brille?	O ja	O nein
Wurde Ihr Kind schon mal vom Augenarzt untersucht?	O ja	O nein
Wie war das Ergebnis beim Augenarzt? _____		
Bemerken Sie Unregelmäßigkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes?	O ja	O nein
Wurde Ihr Kind auf Legasthenie getestet?	O ja	O nein
Gab/Gibt es auch bei anderen Familienmitgliedern Lese-/Rechtschreibprobleme?	O ja	O nein
Nahm Ihr Kind an Ergotherapie, Logopädie oder ähnlichem teil?	O ja	O nein
Wurde Ihr Kind auf ADS getestet?	O ja	O nein
Mit welchem Ergebnis? _____		
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (z.B. Ritalin)	O ja	O nein
Welche? _____		

### • Anstrengungsbeschwerden

Wird Ihrem Kind beim Autofahren schnell schlecht?	O ja	O nein	O manchmal
Reibt sich Ihr Kind öfter die Augen, kneift, blinzelt oder runzelt die Stirn?	O ja	O nein	O manchmal
Ist Ihr Kind öfter unaufmerksam bzw. unkonzentriert?	O ja	O nein	O manchmal
Wird Ihr Kind bei anspruchsvollen Sehaufgaben (Hausaufgaben, Lesen) schnell müde?	O ja	O nein	O manchmal
Ist Ihr Kind lichtempfindlich? (spielt lieber im Schatten)	O ja	O nein	O manchmal

### • Lesen, Schreiben, Malen, Spielen

Schreibt Ihr Kind öfter neben der Linie oder malt über die Linie hinaus?	O ja	O nein	O manchmal
Wird die Schrift Ihres Kindes nach längerem Schreiben schlechter?	O ja	O nein	O manchmal
Meidet Ihr Kind Tätigkeiten wie Basteln, Malen oder Lesen?	O ja	O nein	O manchmal
Macht Ihr Kind viele Fehler beim Abschreiben eines Textes?	O ja	O nein	O manchmal
Verrutscht Ihr Kind beim Lesen öfter in der Zeile?	O ja	O nein	O manchmal
Schlägt Ihr Kind beim Federball häufig daneben, hat es Schwierigkeiten beim Bälle fangen?	O ja	O nein	O manchmal
Ist Ihr Kind tollpatschig, „ungeschickt“, stößt oft an oder stolpert?	O ja	O nein	O manchmal