



Fragebogen (Kinder)

Name _____

Vorname _____

Datum _____

Geburtstag _____

E-Mail _____

• Sehstörungen

Siehst Du manchmal verschwommen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siehst Du manchmal Schatten, Lichtblitze, Schleier oder Flimmern?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siehst Du beim Lesen manchmal doppelt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>

• Anstrengungsbeschwerden

Reibst Du dir oft die Augen oder blinzelst Du oft?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spürst Du häufiger Augenbrennen (beim Lesen oder bei den Hausaufgaben)?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wirst Du beim Lesen schnell Müde?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spürst Du manchmal Druck oder Schmerzen um die Augen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist Du lichtempfindlich?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tränen Deine Augen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du Kopfschmerzen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>

• Weitere Auffälligkeiten

Hast Du Schwierigkeiten beim Abschreiben von der Tafel?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanzen oder springen die Buchstaben manchmal?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist Du manchmal tollpatschig oder stößt an Dinge ohne es zu wollen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verrutschst Du beim Lesen häufiger in der Zeile?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzt Du zum Lesen den Zeigefinger oder ein Lineal?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du Schwierigkeiten beim Bälle fangen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du Schwierigkeiten Dir zu merken was Du gelesen hast?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fällt es Dir schwer dich zu konzentrieren?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du in der Schule oft zu wenig Zeit für deine Aufgaben?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Machst Du viele Fehler beim Schreiben?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergisst oder Verwechselst du manchmal Buchstaben oder Endungen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird Dir beim Autofahren schnell schlecht?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Findest Du Schreiben anstrengend oder tut dir der Arm nach einiger Zeit weh?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird Deine Schrift nach einiger Zeit schlechter?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Manchmal <input type="radio"/>	<input type="radio"/>