

Name: _____ Vorname: _____ Geboren am: _____

Adresse: _____

Kindergarten: _____ Kindergärtnerin: _____

Wer hat Sie uns überwiesen: _____

Wurden die Augen schon einmal geprüft? _____ wann? _____ durch wen? _____

Beobachtungen durch Eltern und / oder Kindergärtnerin:

Malt ungern freiwillig ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Malt Ihr Kind ungern Bilder aus ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hat beim Ausmalen Schwierigkeiten ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Malt eckig; übermalt Linien ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hat beim Ausschneiden Schwierigkeiten ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hat beim Ballspielen Unsicherheiten ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Beschäftigt sich ungern länger im Haus (außer TV), lieber draußen ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Kann nicht stillsitzen oder ist hyperaktiv ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schiefe Kopfhaltung beim Malen ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Kurzer oder veränderter Malabstand ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Macht beim Malen einen nervösen oder angestregten Eindruck ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schließt ein Auge oder deckt es häufig ab ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Reibt sich beim Malen die Augen ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind Bewegungs- und Koordinationschwierigkeiten vorhanden ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Haben sich Verzögerungen in der Entwicklung der Motorik gezeigt ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Stößt häufig an oder stolpert ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Klagt häufiger über Kopfschmerzen ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Klagt häufiger über Bauchschmerzen ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wird dem Kind beim Autofahren schnell schlecht ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hohe Lichtempfindlichkeit ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Beim Ermüden haben manchmal beide Augen nicht geradeaus geschaut ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hat früher einmal geschielt ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind in der Familie erbliche Augenkrankheiten bekannt ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
wenn ja, welche ?		
Lag schon einmal eine Augenkrankheit vor ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
wenn ja, welche ?		
Sind in der Familie Schielfehler bekannt ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wurde von Verwandten früh Brille getragen ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Handelte es sich um eine Früh- oder Problemgeburt ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind beim Kind Sprachstörungen vorhanden ?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Andere Beobachtungen :