

Fragebogen

für



Kindergarten/Vorschul Kinder

Liebe Eltern!

Um einen möglichst kompletten Eindruck vom *visuellen Wahrnehmungs-Problem* ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie, die folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Bei eventuellen Unklarheiten stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Name des Kindes: Geb. Datum:

Wohnort: Straße:

ev. Spitzname/Kosename: Kindergarten:

Geschwister: Geschlecht: Alter:

Name des Erziehungsberechtigten: Telefon:

Beruf:

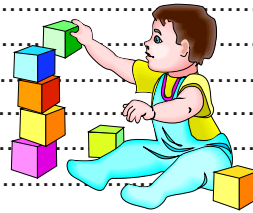
von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen?:

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein **Wahrnehmungs-**Problem zu haben?:

Haben Sie oder jemand anders vielleicht schon folgendes beobachtet ?:

(bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffendes streichen)

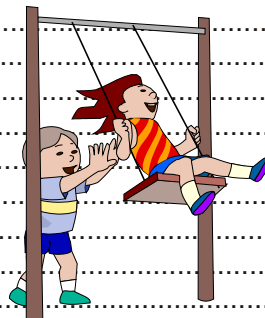
	ja	nein	manchmal	weiß nicht
	↓	↓	↓	↓
Probleme beim Ausmalen von Bildern, Ausschneiden von Figuren etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Probleme, einfache Muster nachzustecken / nachzulegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einen recht kurzen Abstand beim Malen, Bilderbuch schauen etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dreht den Kopf beim Malen oder Bilderbuch anschauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
malt ungern farbig oder wenn, mehr dunklere Farben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Probleme Farben richtig zu benennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
legt das Blatt beim Malen schräg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
malt insgesamt nicht gerne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spielt ungern mit normalen, glatten Bauklötzchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bevorzugt lieber Duplo / Legosteine / Steckspiele o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spielt oft und ausdauernd "Gameboy", Computer o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
puzzelt nicht gerne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kann sich schlecht vorstellen was gerade erzählt oder vorgelesen wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
plappert auffällig viel und oft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat Probleme beim Schuhe binden (Schnürsenkel) oder Knöpfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Klagt Ihr Kind über Sehprobleme ? - Wenn ja, wie äußert sich das ?:

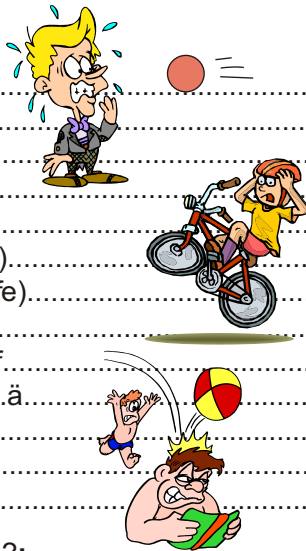
Allgemeines Befinden:

	ja	nein	manchmal	weiß nicht
	↓	↓	↓	↓
schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ein Auge dreht weg - rechts / links - nach - innen / außen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kneift die Augen um besser zu sehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B d. Kappe/Haare etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reibt sich öfter die Augen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rollt oder verdreht häufig die Augen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
blinzelt auffällig oft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat häufig gerötete Augen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
oft trockene oder brennende Augen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eher leicht tränende / wäßrige Augen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ist relativ lichtempfindlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bevorzugt eher dunklere Ecken beim Spielen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schaukelt nicht gern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fährt ungern Karussell o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hat öfter Kopfweg / Bauchweg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allgemein Schwindel / Unwohlsein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

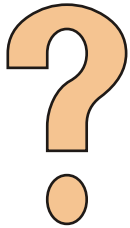


So dies und das :

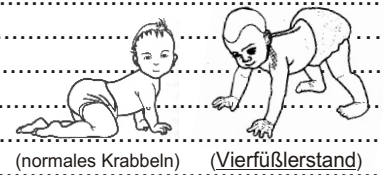
- unsicher, ängstlich beim Bälle fangen.....
- verwechselt häufig **Rechts** und **Links**.....
- hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter.....
- ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern.....
- hat Probleme beim Roller fahren, Fahrrad fahren.....
- läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden).....
- geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe).....
- eckt öfter an oder stolpert / wirft leicht etwas um.....
- zielt beim Eingießen nicht mittig, legt noch Flasche auf.....
- ungeschickt bei Spielen wie Mikado, Halma, Domino o.ä.....
- allgemein schlechte motorische Koordination.....
- kann schlecht die Körper-Balance halten.....
- hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen.....



ja	nein	manchmal	weißnicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

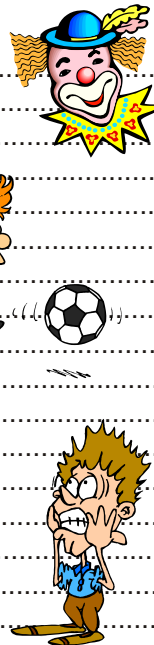


- ist Ihr Kind **Rechtshänder / Linkshänder** ?:.....
- gab es eine normale Geburt - **ja / nein** - (weshalb) ?:.....
- ist Ihr Kind gekrabbelt - **ja / nein** - sog. Vierfüßlerstand ?- **ja / nein** -.....
- wann lief Ihr Kind erstmals (Alter)?:.....
- wie äußert sich beim Kind Müdigkeit:.....
- Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten?:.....



Fiel folgendes vielleicht schon mal auf?:

- spielt gern den "Kindergarten-Kasper".....
- stellt andern Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie gerne.....
- mag keine Veränderungen in seinem Umfeld.....
- sucht häufig etwas, das "vor der Nase" liegt.....
- möchte möglichst oft draußen sein, "rumtollen".....
- ist eher ein "Stubenhocker".....
- zieht sich gern zurück, spielt lieber allein.....
- muß alles anfaßen, um es erklären zu können.....
- fragt ständig ohne eigentlich die Antwort abzuwarten.....
- ausdauernde Konzentration fällt schwer (auch Zuhören!).....
- grimmastriert gern (verzieht das Gesicht) beim Sprechen.....
- zeigt "altkluge" Verhaltensweisen (Gestik, Sprache usw.).....
- allgemein schlechtes Einschlafverhalten.....
- schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf.....
- hat insgesamt ein schlechtes Zeitgefühl.....
- muß zu unpassenden Zeiten auf die Toilette.....
- kann nicht still sitzen, ist immer "zappelig".....
- fängt ständig neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht.....



ja	nein	manchmal	weißnicht
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



- In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten ?:.....
- geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten - **ja / nein / unterschiedlich** -.....
- gibt es irgendwelche Schwierigkeiten dort - **ja / nein** - welche ?:.....
-
- was macht Ihr Kind am liebsten ?:.....
- und was eher ungern ?:.....
- hatte es Schwierigkeiten die Uhr zu erlernen ?: - **ja / nein** -.....

- Wurde Ihr Kind bereits **augenärztlich** untersucht - **ja / nein** - von wem?:.....
- wann ?:.....mit welchem Ergebnis ?:.....
- hat jemand in der Familie visuelle Probleme - **ja / nein** - wer?:.....
- welcher Art ?:.....
- bekommt / bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien - **ja / nein** - welche?:.....
-
- bekommt es derzeit Medikamente (z.B. Ritalin etc.) - **ja / nein** - welche?:.....
-

Datum:.....

Vielen Dank !