



Fragen zur Vorgeschichte

von (Name): geb. Datum:
Straße:
Ort:
Tel:

Liebe Patientin, lieber Patient,
um einen möglichst kompletten Eindruck von Ihrem visuellen Problem zu bekommen, bitte ich sie, die folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen. Bei Unklarheiten helfe ich Ihnen gerne.

Familienstand: Partner:
Eigene Kinder: ja ☐, nein ☐, Geschlecht: Alter:
Eigener Schulabschluss: Beruf:

Geschwister - Anzahl: - Geschlecht: - Alter:
von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen:

Haben Sie subjektiv Sehprobleme? - Wenn ja, wie äußern sich diese:

Allgemeines Befinden:

ja manchmal nein unbekannt

die Augen schauen bei Müdigkeit nicht immer geradeaus	O.....	O.....	O.....	O.....
reibe mir öfters die Augen	O.....	O.....	O.....	O.....
Augen brennen oder jucken beim Nahsehen	O.....	O.....	O.....	O.....
fällt ausdauernde Konzentration schwer	O.....	O.....	O.....	O.....
oft trockene oder brennende Augen	O.....	O.....	O.....	O.....
Kneife oft die Augen zusammen um besser zu sehen	O.....	O.....	O.....	O.....
rolle oder verdrehe die Augen	O.....	O.....	O.....	O.....
habe öfter gerötete Augen	O.....	O.....	O.....	O.....
leicht tränende Augen	O.....	O.....	O.....	O.....
bin lichtempfindlich	O.....	O.....	O.....	O.....
schließe oft ein Auge oder versuche es zu verdecken	O.....	O.....	O.....	O.....
ein Auge dreht weg - rechts/links	O.....	O.....	O.....	O.....
mir wird leicht schlecht beim Autofahren/Busfahren	O.....	O.....	O.....	O.....
fahre ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä.	O.....	O.....	O.....	O.....
Schmerzen (Druck/Zug) in den Augenhöhlen/um die Augen herum	O.....	O.....	O.....	O.....
Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich	O.....	O.....	O.....	O.....

bestimmte Sehsituationen...

ja manchmal nein unbekannt

sehe an der Tafel/Projektor/Kino schlecht/verschwommen.....	O.....	O.....	O.....	O.....
Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt)....	O.....	O.....	O.....	O.....
in der Ferne sehe ich zeitweise doppelt	O.....	O.....	O.....	O.....
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt.....	O.....	O.....	O.....	O.....
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen.....	O.....	O.....	O.....	O.....
Ich fange versetzt an zu schreiben	O.....	O.....	O.....	O.....
kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben oder unten).....	O.....	O.....	O.....	O.....
schlechte Platzierung von Zeichnungen auf dem Blatt.....	O.....	O.....	O.....	O.....
schreibe über oder unter der Linie	O.....	O.....	O.....	O.....
unregelmäßige Handschrift.....	O.....	O.....	O.....	O.....
verwechseln von Buchstaben wie d und b , p und q usw.	O.....	O.....	O.....	O.....
kann nicht stillsitzen, bin "zappelig".....	O.....	O.....	O.....	O.....
verstehe Dinge besser wenn ich sie anfasse	O.....	O.....	O.....	O.....

bitte wenden



Sport + Freizeit:

	ja	manchmal	nein	unbekannt
unsicher, ängstlich beim Ball fangen	O.....	O.....	O.....	O.....
spiele ungern Ballsport z.B. Völkerball, Handball, Federball usw.	O.....	O.....	O.....	O.....
treffe/fange Bälle nicht richtig, schlage daneben - zu früh, zu spät	O.....	O.....	O.....	O.....
ängstlich bei Höhenunterschieden	O.....	O.....	O.....	O.....
schlechtes Entfernungsschätzen	O.....	O.....	O.....	O.....
habe Orientierungsprobleme	O.....	O.....	O.....	O.....
beschäftige mich lieber im Raum als im Freien	O.....	O.....	O.....	O.....
habe keine Freude an langwierigen Arbeiten	O.....	O.....	O.....	O.....
Probleme beim Basteln mit Papier	O.....	O.....	O.....	O.....
lese nicht gern freiwillig, am ehesten noch "Comics"	O.....	O.....	O.....	O.....
grimmasiere (verziehen des Gesichtes) beim Lesen	O.....	O.....	O.....	O.....
lese gern im Bett	O.....	O.....	O.....	O.....
räume ungern auf	O.....	O.....	O.....	O.....
mag keine Veränderungen in meinem Umfeld	O.....	O.....	O.....	O.....
suche häufig etwas, das "vor der Nase liegt"	O.....	O.....	O.....	O.....

Haben Sie oder jemand anderes folgendes beobachtet?

	ja	manchmal	nein	unbekannt
einen recht kurzen Lese/Schreibabstand.....	O.....	O.....	O.....	O.....
drehe den Kopf, das Buch/Blatt beim Lesen/Schreiben schräg	O.....	O.....	O.....	O.....
verliere beim Lesen leicht die Zeile/lasse ganze Zeilen aus	O.....	O.....	O.....	O.....
benutze beim Lesen gern ein Lineal/Finger o.ä.	O.....	O.....	O.....	O.....
lasse Buchstaben oder Ziffern aus.....	O.....	O.....	O.....	O.....
fange längeres Wort richtig an, „lese“ aber falsch weiter (Ratelesen)	O.....	O.....	O.....	O.....
kann mir schlecht merken/vorstellen was ich gerade gelesen habe	O.....	O.....	O.....	O.....
muss laut lesen oder Lippen bewegen um den Text zu verstehen	O.....	O.....	O.....	O.....
das Lesen strengt mich sehr an	O.....	O.....	O.....	O.....

So dies und das:

	ja	manchmal	nein	unbekannt
verwechsele häufig Rechts und Links	O.....	O.....	O.....	O.....
ecke öfter an oder stolpere häufig, werfe leicht etwas um	O.....	O.....	O.....	O.....
habe eine schlechte allgemeine motorische Koordination	O.....	O.....	O.....	O.....
allgemein ungeschickt/Tollpatschigkeit	O.....	O.....	O.....	O.....
ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadel usw.).....	O.....	O.....	O.....	O.....
gehe Treppen Stufe für Stufe (nicht alternierend)	O.....	O.....	O.....	O.....
laufe auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)	O.....	O.....	O.....	O.....
wurden Sie augenärztlich untersucht? ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> , wenn ja, wann?	von wem?.....			
- mit welchem Ergebnis?				
hat jemand in Ihrer Familie visuelle Probleme ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> , wenn ja, wer?				
- Welche?.....				
war Ihre Schwangerschaft problemlos? ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> , bei nein, Problem:	➔ Fragebogen zu Erkrankungen			
war Ihre Geburt problemlos? ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> , bei nein, Problem:	➔ Fragebogen zu Erkrankungen			
Kaiserschnitt ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> , wenn ja, warum?	➔ Fragebogen zu Erkrankungen			
pH-Wert Nabelschnurblut (Heft U1-U9 entnehmen)				
sind Sie als Kind gekrabbelt? ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/> , ja, mit welchem Alter	wann liefen Sie?			
Sie sind Rechtshänder <input type="checkbox"/> oder Linkshänder <input type="checkbox"/> , wurden Sie umtrainiert? ja <input type="checkbox"/> , nein <input type="checkbox"/>				
wie äußert sich bei Ihnen Müdigkeit?				
in welchem Alter sind Sie in den Kindergarten gekommen?	und in die 1. Klasse?			
gingen Sie gern zur Schule?	welches ist Ihr Lieblingsunterricht gewesen?			
gab es Schwierigkeiten in der Schule?	welche?			
waren die schulischen Leistungen: durchschnittlich <input type="checkbox"/> , überdurchschnittlich <input type="checkbox"/> , unterdurchschnittlich <input type="checkbox"/>				
was machen Sie am liebsten?				
was eher ungern?				
zusätzliche Bemerkungen:				

haben Sie schon die Vorderseite ausgefüllt?