



Christina Flegl Master of Science in Clinical Optometry (USA)

## Fragebogen für Vorschulkinder

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Kindergarten: \_\_\_\_\_

Erzieherin: \_\_\_\_\_

Wer hat Sie an uns überwiesen? \_\_\_\_\_

Wurden die Augen schon einmal geprüft?

Wann, durch wenn: \_\_\_\_\_

### Beobachtungen durch Eltern und/oder Erzieher/-in:

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen

JA	NEIN	weiß nicht
----	------	------------

Malt und bastelt Ihr Kind ungerne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat beim Ausmalen Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malt eckig, übermalt Linienbegrenzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat beim Ausschneiden Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat beim Puzzeln Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat beim Ballspielen Unsicherheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Bewegungs- und/oder Koordinationsschwierigkeiten vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schließt beim Malen ein Auge oder deckt es ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiefe Kopfhaltung beim Malen oder allgemein bei Naharbeiten? Wenn ja, in welche Richtung? nach links <input type="radio"/> nach rechts <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann nicht still sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Kind hyperaktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Macht beim Naharbeiten einen nervösen, angestregten Eindruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Christina Flegl Master of Science in Clinical Optometry (USA)

	JA	NEIN	Weiß nicht
Kurzer oder veränderter Abstand bei Naharbeiten?			
Reibt sich bei Naharbeiten die Augen?			
Stößt häufig an, stolpert oft?			
Klagt häufiger über Kopfschmerzen?			
Klagt häufiger über Bauchschmerzen?			
Besteht eine hohe Lichtempfindlichkeit?			
Wird dem Kind bei Autofahrten schlecht?			
Hat früher einmal geschielt?			
Sind in der Familie Schielfehler bekannt?			
Lag schon einmal eine Augenerkrankung vor? Wenn ja, welche?			
Handelt es sich um eine <input type="radio"/> Frühgeburt <input type="radio"/> Kaiserschnitt <input type="radio"/> Problemgeburt			
Sind oder waren Sprachverzögerungen oder –störungen vorhanden?			
Haben sich Verzögerungen in der Entwicklung der Groß- und Feinmotorik gezeigt?			
Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein (z. B. Ritalin)?			
Wurde oder wird eine <input type="radio"/> Logopädie <input type="radio"/> Ergotherapie <input type="radio"/> Frühförderung <input type="radio"/> Sonstige, was? ..... durchgeführt?			
Ist Ihr Kind linkshändig <input type="radio"/> oder war linkshändig <input type="radio"/>			

**Andere Beobachtungen:**



Praxis für Augenoptik & Optometrie

Christina Flegl Master of Science in Clinical Optometry (USA)

---

**Den ausgefüllten Fragebogen bitte zum Termin mitbringen!**