



Christina Flegl Master of Science in Clinical Optometry (USA)

---

## Fragebogen für Schulkinder

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

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

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

Klasse: \_\_\_\_\_

Empf. von: \_\_\_\_\_

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

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen.

| JA | NEIN |
|----|------|
|----|------|

Wurde Ihr Kind augenärztlich untersucht?

Wann?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Gibt es bei Ihnen in der Familie „Schielende“ oder Augenerkrankungen?

Welche?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Klagt Ihr Kind über Kopfschmerzen?

Wie oft?

Bei welchen Gelegenheiten?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente (z. B. Ritalin)?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Liegen Entwicklungsverzögerungen vor?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Gibt es Auffälligkeiten in der Groß- und/oder Feinmotorik

Welche?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Hat Ihr Kind Gleichgewichts- oder Orientierungsschwierigkeiten?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Ist Ihr Kind unruhig oder überaktiv?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Ist Ihr Kind unsicher, ängstlich beim Ball fangen?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Ist Ihr Kind lichtempfindlich?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim lesen?

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|



Christina Flegl Master of Science in Clinical Optometry (USA)

---

| ja | nein | manchmal |
|----|------|----------|
|----|------|----------|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Werden Schreib- und Lesefehler sowie das Schriftbild mit zunehmender Dauer schlechter? |  |  |  |
| Klagt Ihr Kind über Augenbrennen oder Augentränen?                                     |  |  |  |
| Zieht Ihr Kind beim Lesen und Schreiben „Grimassen“?                                   |  |  |  |
| Hält Ihr Kind beim Schreiben und Lesen den Kopf auffällig schief?                      |  |  |  |
| Ermüdet Ihr Kind schnell in der Schule oder bei Hausaufgaben?                          |  |  |  |
| Benutzt Ihr Kind den Finger, um den Leseort nicht zu verlieren?                        |  |  |  |
| Überspringt Ihr Kind beim Lesen Wörter oder ganze Zeilen?                              |  |  |  |
| Geht es beim Lesen nah ans Buch (< 20 cm)?   |  |  |  |
| Gibt es Problem beim ausschneiden/ausmalen von Figuren?                                |  |  |  |

Wie lange ist Ihr Kind gekrabbelt?

Wie ist die Konzentrationsfähigkeit (z. B. schwankend, schnell abnehmend)?

Wie war die Leseentwicklung (langsam und analytisch oder schnell und „ratend“ und ungenau)?

Wie ist das Schriftbild Ihres Kindes?  
Ist Ihr Kind Links- oder Rechtshänder?

Wurden die Lese- Rechtschreibschwierigkeiten schlimmer, als die Schrift kleiner wurde (ca. 3. Klasse), oder trat das Problem sogar erst mit kleinerer Schrift auf?



Praxis für Augenoptik & Optometrie

Christina Flegl Master of Science in Clinical Optometry (USA)

---

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