



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?:.....

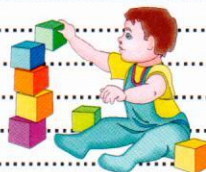
Jetzige Situation: In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein **Wahrnehmungs-Problem** zu haben?:

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 etc.....
Probleme beim Ausschneiden von Figuren etc.....
einen recht kurzen Abstand beim Malen, Bilderbuch schauen etc.....
dreht den Kopf beim Bilderbuch anschauen.....
legt das Blatt beim Malen schräg.....
malt insgesamt eher ungern.....
hat Probleme Farben richtig zu benennen.....
malt ungern farbig oder wenn, mehr dunkle Farben.....
spielt ungern mit normalen, glatten Bauklötzchen.....
bevorzugt lieber Duplo / Legosteine o.ä.....
spielt oft und ausdauernd "Gameboy", Computer o.ä.....
puzzelt nicht gerne.....
hat Probleme, einfache Muster nachzustecken.....
kann sich schlecht vorstellen was erzählt / vorgelesen wird.....
hat Probleme beim Schuhe binden (Schnürsenkel) oder Knöpfen.....



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

Allgemeines Befinden:

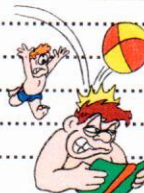
ja nein manchmal weiß nicht

schauen die Augen auch bei Müdigkeit gradeaus.....
ein Auge dreht weg - **rechts / links** - nach - **innen / außen**
kneift die Augen um besser zu sehen.....
schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B d. Kappe/Haare etc.).....
reibt sich öfter die Augen.....
rollt oder verdreht die Augen.....
blinzelt auffällig oft.....
hat häufig gerötete Augen.....
oft trockene oder brennende Augen.....
leicht tränende Augen.....
ist relativ lichtempfindlich.....
bevorzugt eher dunklere Ecken beim Spielen.....
schaukelt nicht gern.....
fährt ungern Karussell o.ä.....
wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren.....
hat öfter Kopfweh / Bauchweh.....
allgemein Schwindel / Unwohlsein.....



So dies und das :

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



ja	nein	manchmal	weißnicht
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐



ist Ihr Kind **Rechtshänder** / **Linkshänder** ?.....
 gab es eine normale Geburt - **ja** / **nein** - (weshalb) ?.....
 ist Ihr Kind gekrabbelt - **ja** / **nein** - sog. Vierfüßlerstand ?.....
 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.....
 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.....
 ausdauernde Konzentration fällt schwer (auch Zuhören!).....
 fragt ständig ohne eigentlich die Antwort abzuwarten.....
 grimmassiert gern (verzieht das Gesicht).....
 zeigt "altkluges" Verhalten.....
 allgemein schlechtes Einschlafen.....
 schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf.....
 hat allgemein kein 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
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐



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 !