

Formblatt Anamnese

Wann wurde Ihr Kind letztmalig augenärztlich (Ophthalmologen) untersucht?

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Noch nie | <input type="checkbox"/> weniger 6 M. |
| <input type="checkbox"/> 6 ... 12 M. | <input type="checkbox"/> länger 12 M. |

Wenn ja, wurde eine Augenerkrankung festgestellt?

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

Wurde vom Ophthalmologen eine Brille oder ein Visualtraining verordnet?

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

Welche Symptome zeigen sich bei Ihrem Kind beim Lesen und/oder Schreiben?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesegeschwindigkeit gering | <input type="checkbox"/> Häufige Minimalfehler „Schlampigkeitsfehler“ |
| <input type="checkbox"/> Fehler bei Wortende | <input type="checkbox"/> Übertragungsfehler Lesen-Schreiben, Abschreiben |
| <input type="checkbox"/> Endungen auslassen | <input type="checkbox"/> Geringe Motivation für Leseaufgaben |
| <input type="checkbox"/> Liest nicht was geschrieben steht | <input type="checkbox"/> Leseverweigerung |
| <input type="checkbox"/> Wörter auslassen | <input type="checkbox"/> Trotz viel Üben keine Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> Falsche Zeile | |

Wurde eine Lese- Schreibstörung diagnostiziert?

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

Hat sich Ihr Kind bei Ihnen in den letzten Monaten über Kopfschmerzen beklagt?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Selten |
| <input type="checkbox"/> Wöchentlich | <input type="checkbox"/> Täglich |

Auf einer Skala von 1 bis 10 – wie stark hast du Kopfweh? (1=sehr schwach, 10=sehr sehr stark)

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |

Haben Sie bei Ihrem Kind eine überdurchschnittlich hohe Lichtempfindlichkeit bei normaler Tageshelligkeit festgestellt (mehr als bei anderen Kindern)?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Selten |
| <input type="checkbox"/> Wöchentlich | <input type="checkbox"/> Täglich |

Haben Sie bei Ihrem Kind oftmals Augenreiben oder gerötete Augen beobachtet?

Nie

Selten

Wöchentlich

Täglich

Haben Sie oder der Lehrer/Lehrerin Ihres Kindes eine überdurchschnittlich rasche Ermüdung bei schulischen Nahaufgaben wie Lesen und Schreiben beobachtet (mehr als bei anderen Kindern)?

Nie

Selten

Häufig

Immer

Benötigt Ihr Kind deutlich mehr Zeit für die schulischen Hausübungen?

Nie

Selten

Häufig

Immer

Siehst du manchmal unscharf/verschwommen, wenn du von der Tafel liest?

Nie

Selten

Häufig

Immer

Siehst du manchmal unscharf/verschwommen wenn du aus dem Buch liest?

Nie

Selten

Häufig

Immer

Ist dir schon einmal aufgefallen, dass du doppelt siehst wenn du von der Schultafel oder aus dem Buch liest?

Nie

Selten

Häufig

Immer

Braucht es etwas länger, bis du wieder deutlich siehst wenn du von der Tafel ins Buch schaust?

Nie

Selten

Häufig

Immer

Braucht es etwas länger, bis du wieder deutlich siehst wenn du vom Buch auf die Tafel schaust?

Nie

Selten

Häufig

Immer

Strengt dich das Sehen an, wenn du von der Tafel liest?

Nie

Selten

Häufig

Immer

Strengt dich das Sehen an, wenn du aus dem Buch liest?

Nie

Selten

Häufig

Immer