

Name: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Kindergarten: \_\_\_\_\_ Kindergärtnerin: \_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns überwiesen: \_\_\_\_\_  
 Wurden die Augen schon einmal geprüft: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_ Durch wen: \_\_\_\_\_  
 Wurde eine Brille oder sonstige Behandlung verordnet ? \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie den Hauptgrund für die Untersuchung:**

Beobachtungen durch Eltern und / oder Kindergärtnerin:

	Nie	Ab & zu	Oft	Sehr oft
Malt freiwillig?				
Malt das Kind gerne Bilder aus ?				
Hat beim Ausmalen Schwierigkeiten ?				
Malt eckig; übermalt Linien ?				
Hat beim Ausschneiden Schwierigkeiten ?				
Hat beim Ballspielen Unsicherheiten ?				
Beschäftigt sich ungern länger Zuhause (außer TV), lieber draußen?				
Kann nicht stillsitzen oder ist hyperaktiv ?				
Schiefe Kopfhaltung beim Malen ?				
Kurzer oder veränderter Malabstand ?				
Macht beim Malen einen nervösen oder angestregten Eindruck?				
Schließt ein Auge oder deckt es häufiger ab ?				
Reibt sich beim malen die Augen ?				
Stößt an oder stolpert ?				
Klagt über Kopfschmerzen ?				
Klagt über Bauchschmerzen ?				
Wird dem Kind bei Autofahrten schlecht ?				
Hohe Lichtempfindlichkeit ?				
Sind in der Familie erbliche Augenkrankheiten bekannt ?				
Lag schon mal eine Augenkrankheit vor ?				

	JA	NEIN
Hat zu spät Fahrrad fahren gelernt ?		
Schauen auch bei Ermüden beide Augen geradeaus ?		
Hat früher einmal geschielt ?		
Sind in der Familie Schiefhler bekannt ?		
Wurde von nahen Verwandten früh Brille getragen ?		
Handelt es sich um eine Früh oder Problemgeburt ?		
Sind beim Kind Sprachstörungen vorhanden ?		
Haben sich Verzögerungen in der Motorik gezeigt ?		
Werden regelmäßige Medikamente (z.B. Ritalin) eingenommen ?		

Andere Beobachtungen:

