

Name: _____ Geb. am: _____
 Adresse: _____ Telefon: _____
 Klasse: _____ Schule: _____ Lehrer: _____

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 Lehrer:

	Nie	Ab & zu	Oft	Sehr oft
Liest freiwillig ?				
Muss den Zeigefinger benutzen, um der Zeile zu folgen ?				
Geringe Konzentration ?				
Kann nicht stillsitzen oder ist hyperaktiv ?				
Verwechselt Buchstaben, z.B. b und d?				
Schließt ein Auge oder deckt es häufiger ab ?				
Schiefe Kopfhaltung beim Lesen oder Schreiben ?				
Kurzer oder veränderter Leseabstand ?				
Gähnt nach kurzer Lesedauer ?				
Macht beim Lesen einen nervösen oder angestregten Eindruck?				
Reibt sich beim Lesen die Augen ?				
Überspringt beim Lesen Linien oder liest Zeilen zweimal ?				
Stößt an oder stolpert ?				
Klagt über Kopfschmerzen ?				
Klagt über Bauchschmerzen ?				
Wird dem Kind bei Autofahrten schlecht ?				
Hohe Lichtempfindlichkeit ?				
Hat das Kind vor der Schule gemalt ?				
Wenn ja, hat das Kind die Bilder ausgemalt ?				
Sind in der Familie erbliche Augenkrankheiten bekannt ?				
Lag schon mal eine Augenkrankheit vor ?				

	JA	NEIN
Schauen auch bei Ermüden beide Augen geradeaus ?		
Hat früher einmal geschielte ?		
Sind in der Familie Schiefhfehler 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:

