



Optometrische Messungen bei Kindern und Jugendlichen

Fragebogen an die Eltern

Sehr geehrte Eltern

Sie haben Ihr Kind bei uns zu einer optometrischen Kontrolle angemeldet. Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Damit wir die ausführliche Messung so effizient wie möglich machen können, sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie die unten aufgeführten Fragen beantworten und dieses Blatt zur Messung mitbringen. Wir erwarten, dass ein Elternteil bei der Messung anwesend ist.

Name: Vorname: Geburtsdatum:
Strasse: PLZ/ Ort: Telefon P:
Telefon Mobil: Mail:
Schule: Klasse: Lehrer:

Grund des Besuchs:

- Wunsch nach neuer Brille Schlechtes Sehen Anstrengungsbeschwerden Sehstörungen Schulprobleme
- Empfehlung: Sonstiges:

Vorgeschichte:

- Ist Ihr Kind schon beim Augenarzt gewesen ? Ja, letztmals am bei Nein
- Wurde Ihr Kind schon in der Sehschule behandelt ? Ja, und zwar von bis Nein
- Hat Ihr Kind schon eine Brille getragen ? Ja, und zwar von bis Nein
- Hat Ihr Kind schon Contactlinsen getragen ? Ja, und zwar von bis Nein
- Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt ? Ja, und zwar von bis Nein
- Wurde Ihr Kind an den Augen operiert ? Ja, und zwar wegenim Jahre..... Nein

Hauptbeschwerden:

- Kopfschmerzen Ja: selten häufig: mal pro Woche/Monat/Jahr Nein
- Migräne Ja: selten häufig: mal pro Woche/Monat/Jahr Nein
- Probleme beim Lesen Ja: Buchstaben tanzen weglassen von Endungen Nein
- Probleme beim Schreiben Ja: Wörter überspringen Zeilenwechsel schwierig Nein
- Feinmotorische Probleme Ja: Schrift ist unruhig verwechselt Buchstaben Nein
- Koordinations- Probleme / Geschicklichkeit Ja: Schrift verschwimmt braucht Lineal/Finger Nein
- Augenprobleme Ja: un schöne Schrift Rechtschreibprobleme Nein
- Anstrengung / Ermüdung Ja: Probleme beim Abschreiben/Diktat gegen Ende Nein
- Anstrengung / Ermüdung Ja: ausmalen ausschneiden basteln Nein
- Anstrengung / Ermüdung Ja: Ballfangen Federballspiel Nein
- Anstrengung / Ermüdung Ja: Brennen Tränen Lichtempfindlichkeit Nein
- Anstrengung / Ermüdung Ja: Augenreiben Unschärfe bei Distanzwechsel Nein
- Anstrengung / Ermüdung Ja: Konzentrationsschwierigkeiten ermüdet rasch Nein
- Anstrengung / Ermüdung Ja: Müde Augen beim Fernsehen wird zappelig Nein

Voruntersuchungen

- Ist Ihr Kind beim Haus- / Kinderarzt gewesen ? Ja, letztmals am bei Nein
- Ist Ihr Kind bei einem Spezialarzt gewesen ? Ja, letztmals am bei Nein
- Ist Ihr Kind schulpsychologisch abgeklärt worden ? Ja, am bei Nein
- Wurden Spezialabklärungen (EEG, CT) gemacht ? Ja, und zwar Nein
- Nimmt Ihr Kind Medikamente ein ? Ja, und zwar Nein

Behandlungen und Therapien

- Legasthenie bei Ja, und zwar von bis Nein
- Ergotherapie bei Ja, und zwar von bis Nein
- Logopädie bei Ja, und zwar von bis Nein
- Physiotherapie bei Ja, und zwar von bis Nein
- Nachhilfe bei Ja, und zwar von bis Nein
- Ja, und zwar von bis Nein

Elterliches Einverständnis für optometrische Messungen:

Datum: Unterschrift: