

## Fragebogen für Kinder und Jugendliche, inkl. Einverständnis

Ich möchte einen möglichst kompletten Eindruck über die visuelle Situation Ihres Kindes bekommen. Daher bitte ich Sie und Ihr Kind, die folgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Wenn Unklarheiten auftreten, besprechen wir diese gerne zusammen.

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

<b>Bitte von den Beziehungsberechtigten ausfüllen</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	
Bekommt/bekam Ihr Kind Therapien? (Ergo/Logo/ect.)			Wenn ja, welche?
Wurde/wird die Zahnstellung Ihres Kindes korrigiert?			
Hat Ihr Kind Allergien?			Wenn ja, welche?
Bekommt/bekam Ihr Kind Medikamente (inkl. Ritalin etc.)?			Wenn ja, welche?
Dreht ein Auge weg? (Z.B. bei Müdigkeit)			Wenn ja, rechts oder links?
Ihr Kind stolpert gern oder wirft leicht etwas um.			

Folgende Fragen soll das Kind, wenn möglich, selber ausfüllen. Ansonsten zusammen mit den Eltern:

<b>Bitte zutreffendes ankreuzen</b>	<b>Nein</b>	<b>Manchmal</b>	<b>Ja</b>	<b>Weiss nicht</b>
Ich lese und schreibe oft mit kurzer Entfernung.				
Ich benutze beim Lesen gerne den Finger zur Unterstützung.				
Beim Lesen lasse ich Buchstaben aus oder lasse Endungen weg.				
Ich verwechsle Buchstaben wie d+b, p+q etc..				
Ich verrutsche oft in der Zeile beim Lesen.				
Ich lese lieber Comics als Bücher.				
Die Tafel erscheint mir verschwommen, ich sehe es schlecht.				
Die Schrift verschwimmt, ist unruhig und die Buchstaben tanzen.				
Gerade zu schreiben ist schwierig, oft bin ich über oder unter der Linie.				



Es ist schwierig Bälle zu fangen.(unsicher, ängstlich)				
Die Augen werden schnell müde, vor allem beim Lesen.				
Ich reibe mir oft die Augen, sie sind gerötet.				
Ich bin schnell geblendet, auch bei normalem Raumlicht.				
Ich habe Schmerzen (Druck/Zug) in den Augenhöhlen/um die Augen.				
Hast du Kopfschmerzen oder Migräne?				
Hast du Schwierigkeiten einzuschlafen?				
Mir wird schnell schwindlig/übel beim Karussell/Auto/Zug fahren.				

*Besten Dank für das beantworten der Fragen. Ich freue mich auf dich!*

Dem Erziehungsberechtigten ist bewusst, dass das Visualtraining und die Screeningmessungen Selbstzahlerleistungen sind und grundsätzlich **nicht** von der Krankenkasse übernommen werden.

Unterschrift Erziehungsberechtigter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_