

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Telefon
Schule, Klasse	Mail

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zurück. (Frankierter Rückumschlag liegt bei.)  
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihnen eine optimale visuelle Analyse zu liefern.

## Optometrischer Augencheck Fragebogen Kinder

<b>Letzte Augenüberprüfung</b>	Wann wurden die Augen zum letzten Mal getestet?	Datum:	Bei wem:
<b>Augenarzt</b>	Befindet sich Ihr Kind aktuell in augenärztlicher Behandlung?	Name des Augenarztes:	Wann war die letzte augenärztliche Kontrolle? Datum:
	Wurde eine Brille oder sonstige Behandlung verordnet?		
<b>Grund des Besuchs</b>	Beschreiben Sie bitte den Hauptgrund für den durchzuführenden optometrischen Augencheck:		
<b>Behandlungen</b>	Ist Ihr Kind aktuell in Behandlung? Name Arzt:	<input type="checkbox"/> Allgemeinarzt <input type="checkbox"/> Neurologe <input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Physio-/Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Logopäde
<b>Augen-Operationen</b>	Wurde Ihr Kind schon einmal am Auge operiert? Sind in der Familie Schiefhuler bekannt?	<input type="checkbox"/> rechtes Auge <input type="checkbox"/> linkes Auge	Datum:
<b>Augen-Gesundheit</b>	Ist bei Ihrem Kind eine Allergie bekannt?	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/>
<b>Allgemein-Erkrankungen</b>	Sind andere Krankheiten vorhanden?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> Rheuma / MS
<b>Medikamente</b>	Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?		
<b>Hobby</b>	Hat Ihr Kind ein Lieblings-Hobby?		
<b>Kontaktlinsen</b>	Werden Kontaktlinsen verwendet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie häufig pro Woche?	Wie viele Stunden?
<b>Sonnenschutz</b>	Ist Ihr Kind lichtempfindlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verwendet Ihr Kind eine Sonnenbrille?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Augen-Schmerzen</b>	Leidet Ihr Kind aktuell an Augen-Schmerzen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Tränende Augen <input type="checkbox"/> Rötung der Augen <input type="checkbox"/> Doppelbilder	Wie häufig kommen die Schmerzen? Wie lange dauern die Schmerzen?
<b>Kopf-Schmerzen</b>	Klagt Ihr Kind über Kopf-Schmerzen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel / Migräne <input type="checkbox"/> Anstrengungsprobleme	Wie häufig kommen die Schmerzen? Wie lange dauern die Schmerzen?
<b>Rücken-Schmerzen</b>	Klagt Ihr Kind aktuell über Rücken-Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Beobachtungen</b>	Bitte ankreuzen: <b>nie</b> <b>selten</b> <b>manch-mal</b> <b>oft</b> Hat Ihr Kind vor der Einschulung gerne gemalt? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liest Ihr Kind freiwillig? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verwendet Ihr Kind beim Lesen den Zeigefinger? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Überspringt Ihr Kind beim Lesen Zeilen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Werden Zeilen zweimal gelesen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reibt sich Ihr Kind beim Lesen die Augen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kneift Ihr Kind beim Lesen ein Auge zu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Macht Ihr Kind einen nervösen oder angestregten Eindruck beim Lesen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liest Ihr Kind in einem sehr kurzen Leseabstand? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind eine schiefe Kopfhaltung beim Lesen oder Schreiben? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lässt die Konzentration beim Lesen schnell nach? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sind immer wieder Pausen beim längeren Lesen nötig? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Verwechselt Ihr Kind Buchstaben? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gibt es Probleme der Rechtschreibung? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hat Ihr Kind Probleme Bälle zu fangen? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Stößt sich Ihr Kind öfters an oder stolpert? Haben sich Entwicklungsverzögerungen in der Grob-/Feinmotorik gezeigt? Waren Sprachverzögerungen vorhanden? Schauen die Augen Ihres Kindes auch beim Ermüden gerade aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Haben Sie noch weitere Beobachtungen gemacht:</b>			
<b>Datenschutz</b>	Sollen, nach Absprache mit Ihnen, die optometrischen Augencheck-Testergebnisse an weitere Fachstellen übermittelt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unterschrift: