Vorname des Kindes:

Nachname des Kindes: Geburtsdatum:

Gibt es angeborene / erbliche Krankheiten? Wenn ja welche?

War die Geburt *ganz* normal oder gab es Probleme?

Geburtsgewicht:\_\_\_\_\_ Geburt nach der ….. Schwangerschaftswoche

------------------------------------------------------------------------------------------------

*Sind die Eltern verwandt?* ja/nein

Ist Ihr Kind durch einen Kinderarzt oder Kinderneurologen untersucht
worden? ja/nein

Name des Kinderarztes/Kinderneurologen:

------------------------------------------------------------------------------------------------

Braucht Ihr Kind derzeit Medikamente? ja/nein
Wenn ja, welche?

------------------------------------------------------------------------------------------------

Hat Ihr Kind (eine) Brille(n)? ja/nein

Computerbrille, Sonnenbrille ja/nein

Trägt Ihr Kind die Brille immer? ja/nein

Wenn nein, in welchen Situationen nicht?

------------------------------------------------------------------------------------------------

Schaut Ihr Kind oft über oder neben der Brille vorbei ja/nein

Wann hauptsächlich?

------------------------------------------------------------------------------------------------

Hat Ihr Kind sonstige Hilfsmittel? ja/nein

------------------------------------------------------------------------------------------------

*Zeigt Ihr Kind eine kurze Fixierungszeit?* ja/nein

Kann Ihr Kind nachschauen und mit den Augen folgen?

In der Nähe, Ferne ja/nein

Wird Ihr Kind bei *Sehaufträgen (längerem Sehen)* schnell müde? ja/nein

Schaut Ihr Kind viel nach oben oder zur Seite? ja/nein

Wann fällt dies hauptsächlich auf?

Schaut ihr Kind die Personen beim Grüßen an? *Würd ich weglassen, kann ganz andere Gründe haben*

 ja/nein

------------------------------------------------------------------------------------------------

Kann Ihr Kind Farben sortieren (*und vergleichen)*? Welche? ja/nein *Benennt* es die Farben immer richtig? ja/nein

------------------------------------------------------------------------------------------------

Lacht Ihr Kind Ihnen zu, wenn Sie es anlachen? ja/nein

Kann Ihr Kind Sie, Verwandte oder andere Bekannte nur durch ja/nein
Anschauen wieder erkennen?

Erkennt Ihr Kind Sie, Verwandte oder andere Bekannte auf ja/nein
Bildern  *Fotos* wieder?

Versucht Ihr Kind Ihre Gesichtsmimik nachzumachen? ja/nein

Reagiert Ihr Kind anders auf Sie, wenn Sie es böse ansehen,
ohne Ihre Stimme o.a. zu verändern? ja/nein

Machen *alle* –die meisten- Lieblingsspielzeuge des Kindes Geräusche? ja/nein

Sieht Ihr Kind öfter Details von einer Abbildung nicht? ja/nein
Können Sie Beispiele angeben?

------------------------------------------------------------------------------------------------

Sieht Ihr Kind oft einen Teil einer Seite oder eines Buches nicht? ja/nein
Wenn ja, was fällt Ihnen auf? Meist die linke Seite, rechte Seite,
meist unten oder öfter oben?

------------------------------------------------------------------------------------------------

Schaut Ihr Kind gerne Fernsehsendungen? ja/nein

Wenn ja, welche?

------------------------------------------------------------------------------------------------

Bewegt Ihr Kind in erster Linie oft den Kopf und nicht das Spielmaterial,
wenn es sich damit beschäftigt? *(zu schwer)*  ja/nein

Kann Ihr Kind Sie schnell finden, ungeachtet, ob Sie nahe oder weiter
entfernt sind – sei es mit dem Blick oder dass es zu Ihnen kommt ja/nein

- in einer Situation der Wohnung ja/nein
- in einer Situation außerhalb der Wohnung ja/nein

Kann Ihr Kind *leicht* seine Sachen finden? In einem Spielzeugkorb, in
einem vollen Gang, auf einem Tisch oder in einem Schrank? ja/nein

------------------------------------------------------------------------------------------------

Geht Ihr Kind gerne:
 - zu einer Geburtstagsfeier ja/nein
 - in einen Supermarkt ja/nein
 - bei einem Ausflug mit ja/nein

Puzzelt Ihr Kind gern? ja/nein

Mag Ihr Kind auch Steckspiele? ja/nein

-----------------------------------------------------------------------------------------------

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Lesen den Anfang der Zeile zu finden? ja/nein

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten das nachfolgende Wort zu finden? ja/nein

Hat Ihr Kind hat Schwierigkeiten Endungen eines Wortes zu lesen? ja/nein

Ist das Spieltempo/Arbeitstempo vergleichbar mit dem anderer Kinder gleichen
Alters? ja/nein

Schaut Ihr Kind nach Sachen, während es diese aufhebt? ja/nein

Greift Ihr Kind öfter daneben? ja/nein

Tritt Ihr Kind auf Spielzeug und Hindernisse? ja/nein

Fällt oder stolpert Ihr Kind viel? ja/nein

Können Sie einige Beispiele geben?

------------------------------------------------------------------------------------------------

Will Ihr Kind immer von Ihnen an der Hand festgehalten werden,
wenn es nach draußen geht? ja/nein

Kennt Ihr Kind die Wege der bekannten Umgebung? (zu Hause, auf
einem Spielplatz, der eigenen Kindergartengruppe, der Schulklasse) ja/nein

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten oder Angst beim Hinabgehen eines Hügels? ja/nein

Fällt es ihm leichter einen Hügel hinauf als hinunter zu gehen? ja/nein

Läuft Ihr Kind öfters gegen Gegenstände? ja/nein Können Sie einige Beispiele geben?

------------------------------------------------------------------------------------------------

Hat Ihr Kind Probleme die Treppe hochzusteigen? ja/nein

Hat Ihr Kind Probleme die Treppe hinunterzusteigen? ja/nein

Haben Sie noch weitere Beobachtungen, die für die weitere Untersuchung oder Begleitung Ihres Kindes wichtig sein könnten?

------------------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------

Kurz zusammengefasst: Beobachten sie bei ihrem Kind, dass es Schwierigkeiten hat,

die Treppe abwärts zu gehen? Ja nein

Dinge zu sehen, die sich schnell bewegen, wie z.B. kleine Tiere? Ja nein

etwas zu sehen, auf das in der Ferne gezeigt wird? Ja nein

ein Kleidungsstück/ Spiel/ Buch aus einem Stapel heraus zu suchen? Ja nein

Beobachten sie bei ihrem Kind, dass es das Abmalen/Abschreiben von Wörtern oder Zeichnungen zeitaufwändig und schwierig findet? Ja nein

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und das Ausfüllen dieses Fragebogens!