

Liebe Eltern um einen möglichst effektiven Sehtest durchführen zu können beantworten Sie bitte vor dem Screening die folgenden Fragen

Name des Kindes _____ Vorname _____

Geb. _____ Anschrift _____

Wurden die Augen Ihres Kindes schon einmal durch einen Augenoptiker/Optometristen oder Augenarzt untersucht?

Ja Nein Wenn ja wann _____ durch wen? _____

Wurde eine Brille oder sonstige Behandlungen verordnet? _____

Beobachtung durch die Eltern:

	nie	ab & zu	oft
Malt freiwillig?			
Malt das Kind gerne Bilder aus?			
Hat beim Ausmalen Schwierigkeiten?			
Kurzer oder veränderter Malabstand?			
Reibt sich beim Malen die Augen?			
Kann nicht stillsitzen oder ist hyperaktiv?			
Stößt an oder stolpert?			
Klagt über Kopfschmerzen?			
Klagt über Bauchschmerzen?			
Hohe Lichtempfindlichkeit?			
		ja	nein
Lag schon einmal eine Augenkrankheit vor?			
Schauen auch beim Ermüden beide Augen geradeaus?			
Hat früher einmal geschielt?			
Sind in der Familie Schiefhler bekannt?			
Handelt es sich um eine Früh- oder Problemgeburt?			
Sind beim Kind Sprachstörungen vorhanden?			
Haben sich Verzögerungen in der Motorik gezeigt?			

Andere Beobachtungen durch die Eltern:

Beobachtungen durch den Kindergarten:

	nie	ab & zu	oft
Ist sehr unruhig, unkonzentriert?			
Malt gerne und sauber aus?			
Reibt sich beim Malen die Augen?			
Wenn eine Brille vorhanden ist, wie wird sie getragen?			

Andere Beobachtungen :

Screening ist eine Erfassung von Risikofaktoren und ersetzt keine genaue Untersuchung der Augen durch einen Optometristen, Augenoptiker oder Ophthalmologen.