



In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein Wahrnehmungs-Problem zu haben?

Name / Vorname: _____
 Strasse, Nr.: _____
 PLZ+Ort: _____
 Geburtsdatum: _____
 Klasse: _____
 Tel. Privat: _____
 Natel: _____ Rechts- oder Linkshänder? _____
 Geschwister _____ Lehrer: _____
 Von wem wurden Sie überwiesen / empfohlen? _____

Haben Sie oder jemand anderes vielleicht folgendes beobachtet?

(bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffendes streichen)

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Probleme beim Ausmalen von Bildern, Ausschneiden von Figuren etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme, einfache Muster nachzustecken / nachzulegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einen recht kurzen Abstand beim Malen, Bilderbuch schauen etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dreht den Kopf beim Malen oder Bilderbuch anschauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malt ungern farbige oder wenn, mehr dunklere Farben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme Farben richtig zu benennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legt das Blatt beim Malen schräg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malt insgesamt nicht gerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielt ungern mit normalen, glatten Bauklötzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bevorzugt lieber Duplo / Legostreine / Steckspiele o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielt oft und ausdauernd "Gameboy", Computer o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puzzelt nicht gerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann sich schlecht vorstellen was gerade erzählt oder vorgelesen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plappert auffällig viel und oft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme beim Schuhe binden oder Knöpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Klagt Ihr Kind über Sehprobleme ? Wenn ja, wie äussert sich das?

Allgemeines Befinden:

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Auge dreht weg -rechts / links nach -innen / aussen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schliesst ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B. Kappe / Haare etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kneift / zwickt oft die Augen zusammen und besser zu sehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reibt sich öfters die Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rollt oder verdreht die Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blinzelt auffällig häufig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leicht tränende / wässrige Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oft Trockene oder brennende Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leicht tränende / wässrige Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist relativ lichtempfindlich; auch bei normalem Raumlicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bevorzugt eher dunklere Ecken beim Spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schaukelt nicht gerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fährt ungern Karussell / Schiffschaukel o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen brennen oder jucken beim Nahsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen oberhalb der Stirn oder eher im Schläfenbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemein Schwindel / Unwohlsein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



So dies und das:

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwechselt häufig Rechts und Links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Probleme beim Roller fahren, Fahrrad fahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eckt öfter an oder stolpert gern / wirft leicht etwas um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zielt beim Eingiessen nicht mittig, legt noch Flasche auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungeschickt beim Spielen von Mikado, Domino o.ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat schlechte allgemeine motorische Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann schlecht die Körper-Balance halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Gab es eine normale Geburt **-ja / nein** - weshalb? _____

Ist Ihr Kind gekrabbelt- **ja / nein** sog. Vierfüssler Stand? **-ja / nein**

War Ihr Kind sehr lebhaft - **ja / nein** wann lief Ihr Kind erstmals (Alter ?) _____

Wie äussert sich bei Ihrem Kind Müdigkeit? _____

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen? _____

Fiel folgendes vielleicht schon mal auf?

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Spielt gern den "Kindergarten-Kasper"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stösst sie gerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mag keine Veränderungen in seinem Umfeld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sucht häufig etwas, das "vor der Nase" liegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchte möglichst oft draussen sein, "rumtollen"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist eher ein "Stubenhocker"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zieht sich gern zurück, spielt lieber allein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss alles anfassen, um es erklären zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fragt ständig ohne eigentlich die Antwort abzuwarten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauernde Konzentration fällt schwer (auch Zuhören)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grimassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeigt "altklug" Verhaltensweisen (Gestik, Sprache usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemein schlechtes Zeitgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schläft zwar normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat insgesamt ein schlechteres Zeitgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muss zu unpassenden Zeiten auf die Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann nicht still sitzen, ist immer "zappelig"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fängt ständig neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In welchem Alter ist Ihr Kind in den Kindergarten gegangen? _____

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten **ja / nein - unterschiedlich**

Gibt es Schwierigkeiten dort - **ja / nein** - welche? _____

Was macht Ihr Kind am liebsten? _____

Und was eher ungern? _____

Hatte es Schwierigkeiten die Uhr zu erlernen ? - **ja / nein**

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht? - **ja / nein - von wem?** _____

wann? _____ mit welchem Ergebnis? _____

Hat jemand in der Familie visuelle Probleme - **ja / nein** - wer? _____

Welcher Art ? _____

Bekommt / bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien - **ja / nein** - welche? _____

Bekommt es derzeit Medikamente (z.B. Ritalin etc.) - **ja / nein** - welche? _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank!