

Fragebogen: Eltern/Erziehungsberechtigte von Kindern im Vorschulalter

IHRE KONTAKTDATEN

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum des Kindes

Straße, Nr. PLZ, Ort

Namen der Eltern/Erziehungsberechtigten

Telefon Mobiltelefon E-Mail

Kindergarten

Von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen?

Liebe Eltern!

Um einen umfassenden Eindruck des visuellen Wahrnehmungsvermögens Ihres Kindes zu erhalten, bitte ich Sie, den Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig zu beantworten. Bei Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

In welcher Hinsicht ist Ihr Kind auffällig?
.....
.....
.....

HABEN SIE FOLGENDES BEOBACHTET

Er/Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
hat Schwierigkeiten beim Ausmalen/Ausschneiden von Bildern?					
hat Probleme beim Nachlegen einfacher Muster?					
hält einen recht kurzen Abstand beim Malen usw.?					
malte ungern farbig oder wenn, eher dunklere Farben?					
hat Schwierigkeiten die Farben richtig zu benennen?					
legt das Blatt zum Malen schräg?					
malte insgesamt nicht gerne?					
spielt ungern mit glatten Bauklötzen?					
bevorzugt „Legosteine“ usw.?					
spielt lieber Computer?					
spielt nicht gerne mit Puzzle, Memory oder ähnliches?					
kann sich schlecht vorstellen was gerade erzählt wird?					
plappert häufig und viel?					
hat Probleme beim Schuhe binden?					
hat Schwierigkeiten bei der Bezeichnung von Farben?					

HABEN SIE FOLGENDES BEOBACHTET

Er/Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
sehen die Augen auch bei Müdigkeit geradeaus?					
dreht ein Auge weg: nach rechts/links, nach innen/außen?					
kneift die Augen zu?					
schließt ein Auge oder versucht es abzudecken (z.B. Kappe, Haare)?					
reibt sich öfters die Augen?					
wird leicht schlecht beim Auto fahren?					
hat öfters Kopf-/Bauchschmerzen?					
hat allgemein Schwindel/Unwohlsein?					
blinzelt auffällig häufig?					
ist relativ lichtempfindlich?					
schaukelt nicht gerne?					
fährt ungern Karussell?					

In welchem Alter ist Ihr Kind in den Kindergarten gegangen?

Ist Ihr Kind Rechts- oder Linkshänder ?

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? Ja , Nein

Was macht Ihr Kind am liebsten?

Was macht Ihr Kind eher ungern?

Kann Ihr Kind still sitzen? ja , nein , unterschiedlich

Er/Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
ist unsicher, ängstlich beim Bälle fangen?					
hat Orientierungsprobleme, verläuft sich öfter?					
ist ängstlich bei Höhenunterschieden, klettert ungern?					
hat Probleme beim Roller/Fahrrad fahren?					
läuft auf unebenem Untergrund unsicher (z.B. Waldboden)?					
geht Treppen nicht alternierend (verwendet denselben Fuß)?					
stößt öfters an, stolpert, wirft leicht etwas um?					
Zielt beim Eingießen nicht mittig legt die Flasche auf das Glas?					
ist ungeschickt bei Spielen wie Halma, Domino, Mikado?					
hat allgemein schlechte motorische Koordination?					
kann schlecht die Körperbalance halten?					
hat Angst vor Wasser, will nicht schwimmen lernen?					

ALLGEMEINES BEFINDEN

Er/Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
spielt gerne den „Kindergartenkasperl“?					
stellt anderen Kindern gerne ein Bein?					
berührt oder stößt sie gerne?					
mag keine Veränderungen in seinem Umfeld?					
sucht häufig etwas das „vor seiner Nase“ liegt?					
muss alles anfassen, um es erklären zu können?					
fragt ständig, ohne eigentlich die Antwort abzuwarten?					
Ausdauernde Konzentration fällt schwer (auch zuhören)?					
grimassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Sprechen?					
Allgemein schlechtes Einschlafverhalten?					
schläft zwar ganz normal ein, wacht aber nach kurzer Zeit wieder auf?					
hat insgesamt ein schlechtes Zeitgefühl?					
muss zu unpassenden Zeiten auf die Toilette?					
kann nicht still sitzen, ist immer „zappelig“?					

ERGÄNZENDE FRAGEN

Verlief die Schwangerschaft normal? Ja , Nein , wenn „Nein“:

Welche Komplikationen gab es?

Verlief die Geburt normal? Ja , Nein , wenn „Nein“:

Welche Komplikationen gab es?

Ist Ihr Kind gekrabbelt? Ja , Nein , wenn „Ja“: Ab welchem Alter?

Hatte Ihr Kind Entwicklungsschwierigkeiten? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Welche?

War oder ist Ihr Kind lebhaft? Ja , Nein

Wie äußert sich Müdigkeit bei Ihrem Kind?

Dreht ein Auge weg – nach rechts oder links? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Schnarcht Ihr Kind? Ja , Nein

Beschreiben Sie bitte die jetzige Haltung Ihres Kindes: gebeugte Haltung , Zehenspitzenengang ,

sowie die Bewegungen Ihres Kindes: , schwankend, unsicher , häufig impulsiv , langsam , unruhig ,

Gleichgewichtsprobleme , nichts dergleichen

ERGÄNZENDE FRAGEN

Klagt ihr Kind über Sehprobleme? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wie äußert sich das?

Wurde Ihr Kind augenärztlich untersucht? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

Haben Familienmitglieder Probleme mit der Sehschärfe? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wer?

Welche?

Leidet Ihr Kind an chronischer Mittelohrentzündung? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Wurde bei Ihrem Kind ein Hörtest durchgeführt? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

Hatte Ihr Kind Verletzungen? Ja , Nein

Leidet ihr Kind an Allergien? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Leidet ihr Kind an chronischen Erkrankungen? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

An welchen?

Leidet ihr Kind an Epilepsie? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Hatte Ihr Kind Operationen? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Welche?

Ist Ihr Kind derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Bei wem?

Weshalb?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Welche?

Von wem verordnet?

Hat Ihr Kind Medikamente wegen ADD, ADHD, POS (Hyperaktivität) verordnet bekommen? Ja , Nein

Sonstige Auffälligkeiten?

Hatte Ihre Kind Therapien bzgl. Bewegungs-, Lern-, Seh-, oder Sprachproblemen? Ja , Nein

Wenn „Ja“: Welche?

Von wem verordnet/durchgeführt?

Dauer der Therapie?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ort, Datum

Unterschrift