

ANAMNESEBOGEN SEHSCHULE Kinder

Persönliche Daten:

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

1. Verliefen Schwangerschaft und Geburt bei Ihrem Kind normal? ☐ ja ☐ nein
Wenn nein: ☐ Frühgeburt: Welche Schwangerschaftswoche? _____
Welches Geburtsgewicht? _____
Sauerstoffversorgung, wie lange? _____
Geburtskomplikationen? _____
Sonstige Komplikationen? _____
2. Gibt es schwerwiegende Erkrankungen (z.B. Epilepsie ...) ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
3. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
4. Leidet Ihr Kind bereits unter Allergien? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____
5. Befindet sich Ihr Kind z. Zt. in diagnostischer oder therapeutischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein
Durch wen? ☐ Kinderarzt ☐ Krankengymnast ☐ Ergotherapeut ☐ Logopäde
☐ Sonstige _____
6. Gibt es Augenerkrankungen in Ihrer Familie? ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt
Wenn ja, welche: _____
7. Gibt es Brillenträger in Ihrer Familie? ☐ ja ☐ nein
8. Liegt bei Ihrem Kind ein Schielen vor? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: ☐ innen ☐ außen ☐ zeitweise ☐ permanent Seit wann? _____
Bisherige Therapie: _____

9. Wie verlief die bisherige kindliche Entwicklung?

- | | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| - Grobmotorik (Robben, Krabbeln, Laufen) | ☐ altersgemäß | ☐ verzögert |
| - Feinmotorik (insbesondere das Greifen) | ☐ altersgemäß | ☐ verzögert |
| - Sprachentwicklung | ☐ altersgemäß | ☐ verzögert |

10. Wirkt Ihr Kind ungeschickt? (Stolpern, häufiges Hinfallen, Danebengreifen) ☐ ja ☐ nein

11. Ist Ihr Kind: ☐ ruhig ☐ unruhig ☐ bedächtig ☐ zappelig

12. Ist Ihr Kind in der Schule / im Kindergarten auffällig? ☐ ja ☐ nein

13. Zeigt Ihr Kind bei einer Beschäftigung im Nahbereich eine altersentsprechende Ausdauer?
(Malen, Puzzeln, Basteln, Bücher anschauen, Lesen, Schreiben) ☐ ja ☐ nein

14. Hat Ihr Kind häufig Kopfschmerzen? ☐ ja ☐ nein
Zu welcher Tageszeit? _____

In Verbindung mit Sehanstrengung? (z. B. Lesen, Hausaufgaben, PC, Malen) ☐ ja ☐ nein

15. Klagt Ihr Kind über: ☐ Augenschmerzen ☐ „Tanzen“ der Buchstaben
☐ Doppelbilder ☐ Sehbeschwerden in der Ferne
☐ Verschwommenes Sehen beim Lesen/Schreiben

16. Fällt Ihnen bei Ihrem Kind folgendes auf: ☐ Angestrenzte Mimik ☐ Augenreiben
☐ Tränen der Augen ☐ Kopfschiefhaltung
☐ Zwinkern ☐ Zukneifen eines Auges

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ort und Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter