

Anamnesebogen Sehschule

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Kinderarztes: _____

1. **Verliefen Schwangerschaft und Geburt bei Ihrem Kind normal?** ja nein
Komplikationen/Besonderheiten: _____
2. **Traten bislang Krankheiten oder Unfälle bei Ihrem Kind auf?** ja nein
Wenn ja, welche? _____
3. **Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?** ja nein
Wenn ja, welche? _____
4. **Leidet Ihr Kind unter Allergien?** ja nein
Wenn ja, welche? _____
5. **Gibt es Augenkrankheiten/Erblindungen in der Familie?** ja nein
wenn ja, welche? _____
6. **Gibt es Brillenträger in der Familie (Eltern/ Großeltern)?** ja nein
7. **Zeigt Ihr Kind bei einer Beschäftigung im Nahbereich eine altersentsprechende Ausdauer?** ja nein
(Malen, Puzzeln, Basteln, Bücher anschauen/lesen)
8. **Werden beim Lesen die Zeilen mühelos gehalten und die Zeilenanfänge wieder gefunden?** ja nein
9. **Vertauscht Ihr Kind häufig Buchstaben?** ja nein
(z.B. b-d / e-o / t-l)

- 10. Hat Ihr Kind häufig Kopfschmerzen?** ja nein
 Zu welcher Tageszeit? _____
 Können Sie diese mit Sehanstrengungen
 (z.B. Lesen, Hausaufgaben, PC, Malen) in Verbindung bringen? ja nein
- 11. Wirkt Ihr Kind ungeschickt?** ja nein
 (Stolpern, häufiges Hinfallen, Danebengreifen)
- 12. Ist Ihr Kind ruhig und bedächtig-
 oder eher unruhig und zappelig?** ja nein
 ja nein
- 13. Klagt Ihr Kind über?**
- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Augenschmerzen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sehbeschwerden in der Ferne | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Doppelbilder | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Verschwommenes Sehen beim Lesen und Schreiben | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| „Tanzen“ der Buchstaben | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
- 14. Fällt Ihnen bei Ihrem Kind folgendes auf?**
- | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Angestrengte Mimik | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zukneifen eines Auges | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zwinkern | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Augenreiben | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tränen der Augen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schielstellung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kopfschiefhaltung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Augenarzt