

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

	Ja	Nein
War die geistige Entwicklung Ihres Kindes bis zur Vorschule normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihrem Kind eine Legasthenie festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhält oder erhielt Ihr Kind eine spezielle Förderung, z. B. Ergotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind jemals geschielt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat in Ihrer Familie jemand geschielt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt oder gab es Auffälligkeiten der Grobmotorik? (Ballspielen, Fahrrad, Treppensteigen, Stolpern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind gerne gemalt, ausgemalt, ausgeschnitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt oder trug Ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Name des Augenarztes Ort

Angaben zum Kind:

.....
Name, Vorname Geburtsdatum



Fragebogen zur Verlaufsbeobachtung

Prismenbrillen bei Kindern mit Winkelfehlsichtigkeit und

- Auffälligkeiten beim Lesen und Schreiben
- Auffälligkeiten der Feinmotorik (z. B. beim Malen, Ausmalen, Ausschneiden)
- Auffälligkeiten der Grobmotorik (z. B. beim Ballspielen, Fahrradfahren, Treppensteigen)
- Anstrengungsbeschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Augenschmerzen)
- Konzentrationsschwierigkeiten

Vor der ersten Messung

Heutiges Datum:

Das Kind geht in die Klasse/Vorschule

In welchem Umfang bestehen Probleme oder Auffälligkeiten?

Bitte entsprechendes Kästchen markieren:

Lesen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Handschrift	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Recht-schreibfehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Flüchtigkeits-fehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Konzentration	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Augenbrennen Augentränen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Unruhe Überaktivität	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Gleichgewicht Orientierung	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig

Die Probleme bestehen seit etwa:

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

..... Monate nach der ersten Prismenbrille

Heutiges Datum:

Das Kind geht in die Klasse/Vorschule

In welchem Umfang haben sich Probleme oder Auffälligkeiten seit der ersten Prismenbrille verändert?

Bitte entsprechendes Kästchen markieren:

Lesen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Handschrift	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Recht-schreibfehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Flüchtigkeits-fehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Konzentration	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Augenbrennen Augentränen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Unruhe Überaktivität	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Gleichgewicht Orientierung	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig

Wie bewerten Sie die Veränderungen:

deutlich besser etwas besser unverändert schlechter

Wann wurde die Brille getragen:

Schule Schul-arbeiten Freizeit Sport

immer gelegentlich nie

Wie beurteilt Ihr Kind den Erfolg der Brille:

es geht besser es hat sich nichts verändert

es geht schlechter

Bemerkungen:

Prismenstärke unverändert

Prismenstärke wird verändert

Abbruch der Prismenkorrektion

Abbruch der Prismenkorrektion

..... Monate nach der ersten Prismenbrille

Heutiges Datum:

Das Kind geht in die Klasse/Vorschule

In welchem Umfang haben sich Probleme oder Auffälligkeiten seit der ersten Prismenbrille verändert?

Bitte entsprechendes Kästchen markieren:

Lesen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Handschrift	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Recht-schreibfehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Flüchtigkeits-fehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Konzentration	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Augenbrennen Augentränen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Unruhe Überaktivität	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Gleichgewicht Orientierung	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig

Wie bewerten Sie die Veränderungen:

deutlich besser etwas besser unverändert schlechter

Wann wurde die Brille getragen:

Schule Schul-arbeiten Freizeit Sport

immer gelegentlich nie

Wie beurteilt Ihr Kind den Erfolg der Brille:

es geht besser es hat sich nichts verändert

es geht schlechter

Bemerkungen:

Prismenstärke unverändert

Prismenstärke wird verändert

Abbruch der Prismenkorrektion

Abbruch der Prismenkorrektion

..... Monate nach der ersten Prismenbrille

Heutiges Datum:

Das Kind geht in die Klasse/Vorschule

In welchem Umfang haben sich Probleme oder Auffälligkeiten seit der ersten Prismenbrille verändert?

Bitte entsprechendes Kästchen markieren:

Lesen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Handschrift	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Recht-schreibfehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Flüchtigkeits-fehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Konzentration	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Augenbrennen Augentränen	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Unruhe Überaktivität	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Gleichgewicht Orientierung	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig

Wie bewerten Sie die Veränderungen:

deutlich besser etwas besser unverändert schlechter

Wann wurde die Brille getragen:

Schule Schul-arbeiten Freizeit Sport

immer gelegentlich nie

Wie beurteilt Ihr Kind den Erfolg der Brille:

es geht besser es hat sich nichts verändert

es geht schlechter

Bemerkungen:

Prismenstärke unverändert

Prismenstärke wird verändert

Abbruch der Prismenkorrektion

Abbruch der Prismenkorrektion