



Patientenfragebogen ENWAKO®

Bitte füllen Sie den nachstehenden Fragebogen aus.
Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name, Vorname:

E-Mailadresse:

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben Ihr Kind zu einer Vorabklärung angemeldet. Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Um möglichst viel Zeit für Ihr Kind zu haben, bitten wir Sie den ausgefüllten Fragebogen zum Termin mitzubringen.

Vorgeschichte

Wurde Ihr Kind schon augenärztlich untersucht? Ja, am _____ bei _____
Mit welchem Ergebnis? _____

Hat jemand in der Familie visuelle Auffälligkeiten? Ja Nein

Wurde Ihr Kind schon in der Sehschule behandelt? Ja Nein

Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt? Ja Nein

Wurde Ihr Kind an den Augen operiert? Ja Nein

Schwangerschaft und Geburt

Gab es in der Schwangerschaft irgendwelche Probleme? Ja Nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

Die Geburt erfolgte in welcher Schwangerschaftswoche? _____

Standen Sie während Ihrer Schwangerschaft
unter starkem emotionalen Stress? Ja Nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: _____

Gewicht bei Geburt: _____ Größe: _____

Geburt: spontan mit Saugglocke nach Einleitung Kaiserschnitt BEL

Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Gab es Trinkschwierigkeiten? Ja Nein

War Ihr Kind ein „Schreibaby“? Ja Nein

Hatte Ihr Kind ernste Erkrankungen oder schwerwiegende Operationen in den ersten Monaten?

Gab es irgendwelche Besonderheiten an Ihrem Baby nach der Geburt, z.B. dass der Schädel verformt war, dass es viele blaue Flecken hatte, die Nabelschnur um den Hals hatte, dass es deutlich blau war, eine schwere Neugeborenenengelbsucht hatte, noch Lanugo-Behaarung aufwies oder noch stark mit Käseschmiere bedeckt war? Brauchte es Intensivpflege? Kam es dadurch zu einer längeren Trennung?

Ja Nein

Falls ja, bitte Einzelheiten angeben:

Erste frühkindliche Entwicklung:

Wann drehte sich Ihr Kind vom Bauch auf den Rücken? _____

Wann begann Ihr Kind mit dem aktiven, gezielten Greifen? _____

Wann drehte sich ihr Kind vom Rücken auf den Bauch? _____

Wann begann Ihr Kind frei zu sitzen? _____

Wann konnte Ihr Kind seinen Kopf selbständig hochhalten? _____

Robben im Kreuzmuster (oder, wenn nein, in welchem Muster?) _____

Krabbeln im Kreuzmuster (oder, wenn nein, in welchem Muster ?) _____

Selbstständiges Hochziehen zum Stand? _____

War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten ein auffallend ruhiges Baby? Ja Nein

War Ihr Kind ein kleiner „Kopfstoßer“, d.h. stieß es absichtlich mit dem Kopf? Ja Nein

gegen feste Gegenstände? Gibt es eine Vorgeschichte von Kopfverletzungen? Ja Nein

Hat Ihr Kind auffallend spät (>1,5 Jahre) oder früh (<12 Monate) laufen gelernt? Ja Nein

- Hat Ihr Kind spät sprechen gelernt (Zwei- und Dreiwortsätze) (> 2,5 Jahre)? Ja Nein
- Hatte es auffällige Schwierigkeiten sich selbst anzuziehen? Ja Nein
- Litt bzw. leidet Ihr Kind unter Hautproblemen oder Asthma? Ja Nein
- Zeigt es irgendwelche allergische Reaktionen? Ja Nein
- Falls ja, bitte Einzelheiten angeben: _____
- Gab es irgendwelche auffälligen Reaktionen nach den Impfungen? Ja Nein
- Falls ja, welche? _____
- Machte oder macht Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren gelegentlich ins Bett? Ja Nein
- Zusätzliche Angaben zum Vorschulalter? (z.B. besonders ängstlich und schreckhaft) _____
- Hat Ihr Kind extreme Vorlieben bezüglich seiner Ernährung? (z.B. bestimmter Konsistenzen) Ja Nein

Kindergarten:

- Ab welchem Alter besucht(e) Ihr Kind den Kindergarten? _____
- Kindergartenart? _____
- Wie ist (war) das Verhalten Ihres Kindes im Kindergarten? _____
- Wie macht(e) Ihr Kind beim Sport/Kinderturnen im Kindergarten mit? _____
- Wie macht(e) Ihr Kind beim Basteln im Kindergarten mit? _____
- Wie macht(e) Ihr Kind beim Malen im Kindergarten mit? _____

Entwicklung in den ersten Schulklassen:

- Ab welchem Alter besucht(e) Ihr Kind die Schule? _____
- Hat Ihr Kind bereits einmal oder mehrfach die Schule gewechselt? Ja Nein
- Wenn ja bitte mit Verlauf eintragen und Begründung: _____
- _____
- Wie kam bzw. kommt Ihr Kind in der ersten Klasse zurecht?: _____
- _____
- Hatte Ihr Kind in den ersten Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Lesen zu lernen? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind in den ersten Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Schreiben zu lernen? Ja Nein
- Hatte Ihr Kind in den ersten Grundschuljahren Schwierigkeiten, das Rechnen zu lernen? Ja Nein
- Wie ist das Verhalten Ihres Kindes in der Schule? _____
- Wie ist das Verhalten Ihres Kindes, Lehrern & Mitschülern gegenüber? _____
- _____
- Welche Rückmeldungen gibt es von Seiten der Lehrkräfte? _____
- Wie lange braucht Ihr Kind für die Hausaufgaben? _____
- Benötigt es hierbei Hilfe? _____
- Sind die schulischen Leistungen: durchschnittlich überdurchschnittlich unterdurchschnittlich

Verlauf:

Bekommt oder bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien? Welche? _____ Ja Nein

Bekommt Ihr Kind derzeit Medikamente? Welche? _____ Ja Nein

War eine häufige Medikamenteneinnahme (z.B. Antibiotika, Epilepsiemedikamente) erforderlich? Ja Nein

Welche? _____

Reagiert Ihr Kind bei plötzlichen, unerwarteten Geräuschen
oder Bewegungen auffallend stark? Ja Nein

Neigt Ihr Kind zu häufigen Infekten? Ja Nein

Neigt Ihr Kind zu häufigen Mittelohrentzündungen/Paukenergüssen? Ja Nein

Lesen, Schreiben & Rechnen:

Verkürzter Lese/Schreibabstand Ja Nein

Dreht den Kopf oder das Buch/Blatt beim Lesen/Schreiben schräg Ja Nein

Benutzt beim Lesen gern ein Lineal/Finger o.ä. Ja Nein

Lässt Buchstaben oder Ziffern aus, lässt Endungen weg Ja Nein

Verliert beim Lesen leicht die Zeile / lässt ganze Zeilen/Wörter aus Ja Nein

Fängt längeres Wort richtig an, „liest“ aber falsch weiter („Ratelesen“) Ja Nein

Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern oder umgekehrt umzustellen (Vermehrte Fehler beim Abschreiben von der Tafel) Ja Nein

Muss laut lesen oder Lippen bewegen um den Textinhalt zu verstehen Ja Nein

Muss mehrfach das Gleiche lesen um den Sinn zu verstehen Ja Nein

Macht beim Lesen einen angestregten Eindruck Ja Nein

Muss beim Lesen häufig gähnen Ja Nein

Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen Ja Nein

Fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände) Ja Nein

Unregelmäßiges Schriftbild, wird schlechter je mehr es schreibt Ja Nein

Verwechselt Buchstaben wie d und b, q und p usw Ja Nein

Liest nicht gern freiwillig, am ehesten Comics Ja Nein

Benutzt beim Zählen immer noch die Finger Ja Nein

Bereiten Textaufgaben größere Schwierigkeiten als Rechenaufgaben? Ja Nein

Ist der Zahlenraum sicher und geläufig? Ja Nein

Hat es Schwierigkeiten, die Uhrzeit abzulesen (nicht Digitaluhr) bzw. sich insgesamt
in der Zeit (Wochentage, Monate etc.) zurecht zu finden? Ja Nein

Hat allgemein ein schlechtes Zeitgefühl Ja Nein

Allgemein:

Wie ist das Verhalten Ihres Kindes zu Hause _____

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Blinzelt auffällig häufig (alle paar Sekunden) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Reibt sich öfters die Augen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hat oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sieht an der Tafel / am Projektor schlecht / verschwommen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B. Kappe/Haare etc.) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Vermeidet direkte Blickkontakte („flüchtiger Blick“) mit anderen Personen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kopfschmerzen während des Tages zunehmend | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Stößt häufiger andere Kinder oder fühlt sich von ihnen gestoßen? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Spielt allgemein gern den „Klassen-Kasper“ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Möchte möglichst nur draußen sein – immer „rumtollen“ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist eher ein „Stubenhocker“, hat kaum Freundschaftskontakte | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ist öfter mal „abwesend“, sog. „Tagträumer“ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Spielt oft und ausdauernd „Gameboy“ / Computer o.ä | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“ | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Mag keine Veränderungen in seinem Umfeld (auch familiär) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Sucht häufig etwas, das „vor der Nase“ liegt | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Muss alles anfassen, um es erklären zu können (auch was man eigentlich schon kennt) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ausdauernde Konzentration fällt schwer/ wird zappelig / aggressiv / laut | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Weiß die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen („es ist eben so“) | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Bewegung:

- Schwierigkeiten beim Ausmalen/Ausschneiden von Mustern/Figuren usw. Ja Nein
- Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, trifft/fängt falsch – zu früh / zu spät Ja Nein
- Spielt ungern Ball z.B. Handball, Fussball, Völkerball, Federball usw. Ja Nein
- Ängstlich beim Geräteturnen/Bockspringen/kleinen Höhenunterschieden Ja Nein
- Hat Orientierungsprobleme, verläuft sich leicht Ja Nein
- Fährt ungern Karussell/Schiffschaukel o.ä. Ja Nein
- Wird leicht schlecht beim Autofahren / Busfahren Ja Nein
- Verwechselt häufig Rechts und Links Ja Nein
- Eckt öfter an oder stolpert / wirft leicht etwas um Ja Nein
- Hat schlechte allgemeine motorische Koordination Ja Nein
- Eher ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadel, usw.) Ja Nein
- Geht Treppen nicht alternierend (Berührt jede Stufe mit beiden Füßen) Ja Nein
- Läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden) Ja Nein
- Hatte es Schwierigkeiten, Fahrradfahren zu lernen? (ohne Stützräder) Ja Nein
- Hatte es Schwierigkeiten, Schwimmen zu lernen? Ja Nein
- Konnte es besser unter als über Wasser schwimmen? Ja Nein

Was erhoffen, erwarten Sie sich von dem Training für Ihr Kind?

Elterliche Einverständniserklärung:

Ort:

Unterschrift:

Datum: