

Hat Ihr Kind Probleme beim Lesen, Schreiben und Rechnen?

Wenn Sie einen ersten Hinweis auf eine mögliche Winkelfehlsichtigkeit bei Ihrem Kind erhalten möchten, testen Sie hier im **Sofort-Check**, ob bei Ihrem Kind einige der nachstehenden Auffälligkeiten vorliegen:

Nachname des Kindes _____ Vorname des Kindes _____ Datum _____
 Geburtsdatum _____

Auffälligkeiten der Feinmotorik:

	ja	ab und zu	nein	Bemerkungen / Notizen
Malt Ihr Kind beim Ausmalen in Malbüchern häufig über den Rand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schneidet es Figuren unpräzise aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es wenig Lust am Basteln und Malen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Auffälligkeiten der Grobmotorik:

Kann Ihr Kind Bälle schlecht fangen, greift oft daneben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es Schwierigkeiten beim Radfahren das Gleichgewicht zu halten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stolpert Ihr Kind häufig über Bordsteinkanten / fällt oft hin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zeigt sich Ungeschicklichkeit / Tollpatschigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stößt Ihr Kind Tassen oder Gläser auf dem Tisch um?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Macht es hastige, ungestüme Bewegungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rempelt Ihr Kind versehentlich andere Kinder an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Geht es unsicher auf unebenen Böden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es Angst vorm Schwimmen lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Anstrengungsbeschwerden:

Leidet Ihr Kind unter häufigen - bisher ungeklärten - Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leidet Ihr Kind unter häufigen - bisher ungeklärten - Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ist Ihrem Kind häufig übel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es Augenschmerzen oder Augenbrennen, hohe Lichtempfindlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blinzelt es häufig und möchte gern eine Sonnenbrille aufsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leidet Ihr Kind unter Schwindelanfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ermüdet es schnell beim Lesen oder Schreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es eine allgemeine Unlust und ist dauerhaft abgespannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gähnt Ihr Kind viel (obwohl ausgeschlafen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Auffälligkeiten, u.a. in der Schule:

Hat Ihr Kind Lese- und Schreibschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neigt es gern zu Flüchtigkeitsfehlern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es eine schlechte Handschrift und schreibt nicht auf der Linie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es Konzentrationsschwierigkeiten und allgemeine Lernunlust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ist Ihr Kind auffällig zappelig (Hypermotorik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es eine verkrampfte Sitzhaltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat es Schwierigkeiten beim Lösen schon leichter Rechenaufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verdreht es Zahlen und/oder Buchstaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Malt Ihr Kind mit der Nase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schneidet es Grimassen / kneift ein Auge zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hat Ihr Kind in den letzten Monaten spezielle Verhaltensweisen entwickelt aufgrund sozialer Ausgrenzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wurde bei Ihrem Kind Legasthenie/Dyskalkulie festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Weitere Auffälligkeiten _____

