

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen** (durch Ankreuzen)

- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. War die geistige Entwicklung Ihres Kindes bis zur Vorschule normal?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurde bei Ihrem Kind eine Legasthenie festgestellt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Erhält oder erhielt Ihr Kind eine spezielle Förderung, z. B. Ergotherapie?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat Ihr Kind jemals geschielt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat in Ihrer Familie jemand geschielt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gibt oder gab es Auffälligkeiten der Grobmotorik? (Ballspielen, Fahrrad, Treppensteigen, Stolpern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind gerne gemalt, ausgemalt, ausgeschnitten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Trägt oder trug Ihr Kind eine Brille?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ist Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht worden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name des Augenarztes: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

---

### Angaben zum Kind

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

# 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
Rechtschreibfehler	<input type="checkbox"/> nicht auffällig	<input type="checkbox"/> etwas auffällig	<input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> sehr auffällig
Flüchtigkeitsfehler	<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

Diese 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"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Handschrift	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Rechtschreibfehler	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Flüchtigkeitsfehler	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Konzentration	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Augenbrennen Augentränen	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Unruhe, Überaktivität	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Gleichgewicht, Orientierung	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter

**Wie bewerten Sie die Veränderungen:**

- deutlich gebessert       etwas gebessert  
 unverändert       schlechter

**Wann wurde die Brille getragen:**

- Schule  Schularbeiten     Freizeit     Sport  
 immer     gelegentlich     nie

**Ihr Kind trägt die Brille:**

- gerne     nicht gerne

**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        
 Verlaufskontrolle wurde nicht durchgeführt

**\_\_ 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"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Handschrift	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Rechtschreibfehler	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Flüchtigkeitsfehler	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Konzentration	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Augenbrennen Augentränen	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Unruhe, Überaktivität	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Gleichgewicht, Orientierung	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter

**Wie bewerten Sie die Veränderungen:**

- deutlich gebessert       etwas gebessert  
 unverändert       schlechter

**Wann wurde die Brille getragen:**

- Schule  Schularbeiten     Freizeit     Sport  
 immer     gelegentlich     nie

**Ihr Kind trägt die Brille:**

- gerne     nicht gerne

**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        
 Verlaufskontrolle wurde nicht durchgeführt

**\_\_ 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"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Handschrift	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Rechtschreibfehler	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Flüchtigkeitsfehler	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Konzentration	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Augenbrennen Augentränen	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Unruhe, Überaktivität	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
Gleichgewicht, Orientierung	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter
	<input type="checkbox"/> viel besser	<input type="checkbox"/> etwas besser	<input type="checkbox"/> unverändert	<input type="checkbox"/> schlechter

**Wie bewerten Sie die Veränderungen:**

- deutlich gebessert       etwas gebessert  
 unverändert       schlechter

**Wann wurde die Brille getragen:**

- Schule  Schularbeiten     Freizeit     Sport  
 immer     gelegentlich     nie

**Ihr Kind trägt die Brille:**

- gerne     nicht gerne

**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        
 Verlaufskontrolle wurde nicht durchgeführt