

Anamnesebogen für die visuelle Analyse für Schulkinder

Liebe Eltern, liebe Erzieher

Um einen möglichst kompletten Eindruck vom visuellen Wahrnehmungs-Problem Ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie, die folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Bei Unklarheiten stehen wir anschließend selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Persönliche Angaben

Name des Kindes

Geschwister

Spitzname / Kosename

Alter der Geschwister

Geschlecht

Erziehungsberechtigter

Geburtsdatum

Straße / Nummer

Name der Schule

PLZ / Wohnort

Klasse

Telefon

Name des(r) Lehrers(in)

E-Mail

Beruf

Von wem wurden Sie überwiesen? / Wer hat uns empfohlen?

überweisender Arzt

Empfehlung von

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht scheint Ihr Kind ein Wahrnehmungs-Problem zu haben?:

Beschreibung

Haben Sie oder andere Personen folgendes beobachtet?:

Verhalten / Probleme mein Kind...	Einschätzung des Verhaltens / der Probleme			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
...hat einen recht kurzen Lese- bzw. Schreibabstand.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...dreht den Kopf oder das Buch; dreht das Blatt beim Lesen bzw. Schreiben schräg.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...benutzt beim Lesen gern ein Lineal, Finger o.ä.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...lässt Buchstaben oder Ziffern aus, lässt Endungen weg.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...verliert beim Lesen leicht die Zeile und lässt ganze Zeilen oder Wörter aus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...fängt ein längeres Wort richtig an, „liest“ aber falsch weiter („Ratelesen“).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...kann sich schlecht merken bzw. vorstellen, was gerade gelesen wurde.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...muss laut lesen oder die Lippen bewegen, um den Textinhalt zu verstehen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...muss mehrfach das Gleiche lesen, um den Sinn zu verstehen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...macht beim Lesen einen angestrengten Eindruck.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...grimmassiert gern (verzieht das Gesicht) beim Lesen bzw. Vorlesen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...muss beim Vorlesen häufig gähnen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...blinzelt auffällig oft (alle paar Sekunden).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...vermeidet direkte Blickkontakte („flüchtiger Blick“) mit anderen Personen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Klagt Ihr Kind über Sehprobleme

welche?:

Verhalten in der Schule

mein Kind...	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
... hat Probleme beim Ausmalen oder Ausschneiden von Mustern, Figuren usw.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...benutzt beim Zählen immer noch die Finger.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...sieht an der Tafel oder am Projektor schlecht oder verschwommen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...hat Schwierigkeiten, schnell von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...sieht die Tafel (Ferne) oder Buchstaben (Nähe) zeitweise doppelt.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...berichtet: Schrift verschwimmt, ist unruhig; die Buchstaben tanzen.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...fängt seitlich versetzt an zu schreiben (falsche Randabstände).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...platziert Zeichnungen oder Zahlen schlecht auf dem Blatt.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...kann nicht gerade schreiben (schräg nach oben oder unten).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...schreibt über- oder unterhalb der Linie.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...hat ein unregelmäßiges Schriftbild, welches schlechter wird, je länger es dauert.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...verwechselt Buchstaben wie d und b, p und q usw.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...muss häufig beim Nachbarn abschreiben.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...weiss die richtige Antwort, kann sie aber nicht begründen („es ist eben so“)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...verläuft sich auf dem Weg zum oder innerhalb des Klassenzimmers.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...stellt anderen Kindern gern ein Bein, berührt oder stößt sie.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
...spielt allgemein gern den „Klassen-Kasper“.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ist Ihr Kind Rechtshänder oder Linkshänder?

In welchem Alter kam Ihr Kind in die Schule?

In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten?

Geht Ihr Kind gern in die Schule?

Bei welchem Lehrer ist der Unterricht besonders gut oder besonders schwierig?

Wie sind die schulischen Leistungen Ihres Kindes?

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule?

warum?:

Sport & Freizeit

mein Kind...	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
...ist unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, trifft / fängt falsch – zu früh / zu spät.				
...spielt ungern Ballsport z.B. Handball, Fußball, Völkerball, Federball usw.				
...ist ängstlich beim Geräteturnen / Bockspringen / kleinen Höhenunterschieden.				
...kann allgemein Entfernungen schlecht einschätzen.				
...hat Orientierungsprobleme und verläuft sich leicht.				
...möchte möglichst nur draußen sein – immer „rumtollen“.				
...ist eher ein „Stubenhocker“, hat kaum Freundschaftskontakte.				
...ist öfter mal „abwesend“, sog. „Tagträumer“.				
...liest gern und lange im Bett vorm Einschlafen.				
...spielt oft und ausdauernd „Gameboy“ / Computer o.ä.				
...liest nicht gern freiwillig, am ehesten noch „Comics“.				
...fängt immer neue Dinge an, beendet sie jedoch nicht.				
...kann nicht stillsitzen, ist immer „zappelig“.				
...mag keine Veränderungen in seinem Umfeld (auch familiär).				
...sucht häufig etwas, das „vor der Nase“ liegt.				

Allgemeines Empfinden:

mein Kind...	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
...schaut auch bei Müdigkeit immer geradeaus.				
...ermüdet leicht, vor allem beim Lesen.				
...reibt sich öfters die Augen.				
...klagt über brennende oder juckende Augen beim Nahsehen.				
...kann sich schwer ausdauernd konzentrieren.				
...hat oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen.				
...hat leicht tränende, wässrige Augen.				
...rollt oder verdreht die Augen (sog. Augenrollen).				
...kneift oder zwickt oft die Augen zusammen, um besser zu sehen.				
...ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht.				
...schließt ein Auge oder versucht es zu verdecken (z.B. durch Kappe, Haare etc.)				
...fährt ungern Karussell, Schiffschaukel o.ä.				
...klagt beim Auto- oder Busfahren über Übelkeit.				
...hat Schmerzen (Druck / Zug) in den Augenhöhlen bzw. um die Augen herum.				
...klagt häufig über Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich.				

So dies und das :

mein Kind...	Einschätzung			
	ja	nein	manchmal	ich weiß nicht
...muss alles anfaßen, um es erklären zu können.				
...hat allgemein ein schlechtes Zeitgefühl.				
...verwechselt häufig Rechts und Links.				
...eckt öfter an oder stolpert gern / wirft leicht etwas um.				
...hat eine schlechte allgemeine motorische Koordination.				
...ist eher ungeschickt mit Werkzeugen (Hammer, Schraubenzieher, Nadel usw.)				
...geht Treppen nicht alternierend (sondern Stufe für Stufe).				
...läuft auf unebenem Boden unsicher (z.B. Waldboden).				

Was macht Ihr Kind am liebsten?

Was macht Ihr Kind eher ungern ?

Ist Ihr Kind gekrabbelt?

ja

nein

Hat sich Ihr Kind im Vierfüßerstand fortbewegt?

ja

nein

Gab es eine normale Geburt?

nein

warum?:

ja

Wie äußert sich bei Ihrem Kind Müdigkeit?

Gibt es irgendwelche Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen oder Erbkrankheiten?:

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht?

ja

von wem?:

nein

wann?

Mit welchem Ergebnis?

Hat jemand in der Familie visuelle Probleme?

ja

wer?:

nein

Welcher Art sind die visuellen Probleme?

Bekommt oder bekam Ihr Kind irgendwelche Therapien?

ja

welche?:

nein

Bekommt Ihr Kind derzeit Medikamente (z.B. Ritalin etc.)?

ja

welche?:

nein

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes.

Beschreibung

Vielen Dank!

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz: Die hier erhobenen Daten werden ausschließlich zur vollständigen Anamnese für eine Beratung durch einen Mitarbeiter von Janine Flor Augenoptik erhoben und gespeichert. Die Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben. **Bitte beachten Sie dazu auch die angefügte Datenschutzerklärung.**

Datenschutz-Einverständniserklärung

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DGS-VO) sind wir; Janine Flor Augenoptik, verpflichtet, Sie zu informieren, dass wir von Ihnen personenbezogene Daten verarbeiten.

Im Rahmen der Versorgung werden wir von Ihnen Daten für die Erfüllung und Abwicklung eines Vertrages gemäß Art. 6 DSGVO, aus Gründen der Gesundheitsvorsorge gemäß § 22 Abs. 1 Nr. 1b BDSG-neu, für Werbemaßnahmen gemäß Art. 21 Abs. 2 DSGVO verarbeiten und dabei für folgende Zeiträume speichern: zwei Jahre (aufgrund der gesetzlichen Gewährleistung), fünf Jahre (nach den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes), zehn Jahre (analog § 10 Abs. 3 Musterberufsordnung der Ärztinnen und Ärzte) und zehn Jahre (aufgrund steuerlicher Vorgaben).

Folgende Daten werden verarbeitet: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Refraktionswerte, Anamnesen und Ergebnisse der Bedarfsanalyse, sowie alle Auftragsdaten die wir für die Bestellung und Fertigung der Sehilfen benötigen.

Krankenkasse, Versicherungsnummer, privat geleistete Zuzahlungen übermitteln wir an Ihre Krankenkasse und an Abrechnungszentren. Sollten Sie mit der Übermittlung nicht einverstanden sein, so verlieren Sie aufgrund gesetzlicher Bestimmungen Ihren Anspruch auf Versorgung zu Lasten Ihrer Krankenkasse.

Namen und Refraktionswerte werden zu Bestellzwecken an den Glas- bzw. Kontaktlinsenanbieter weitergegeben.

Diese werden diese Daten verwenden, um Produkte und Dienstleistungen (z.B. eine Kundenkarte) sowie auf Wunsch individualisierte Informationen zur Verfügung stellen zu können; um Sie als Endverbraucher identifizieren zu können; um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen zu verbessern; zur Erfüllung gesetzlicher Vorschriften wie z. B. zur Betrugs- und Geldwäscheprävention. Diese Nutzung erfolgt nur, soweit dies erforderlich und rechtlich zulässig ist.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten bei einer Geschäftsumwandlung oder einer Unternehmensveräußerung an den Nachfolger übertragen werden können. Hierzu erhalte ich im Bedarfsfall eine Nachricht und das Recht auf Widerspruch.

Außerdem übermitteln wir Adress- und Auftragsdaten an unsere Innung bei Rückfragen zu Abrechnungsdaten, an Kontaktlinsenhersteller zur individuellen Linsenfertigung und -beratung, an unseren Steuerberater und an die Werbeagentur zur Vorbereitung individueller Beratung.

Zum Zwecke einer guten Sehberatung und Verlaufskontrolle werden wir Ihre Daten auch über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus speichern.

Sie haben das Recht, von uns Auskunft über die über Sie gespeicherten und verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Wenn Sie dies wünschen, löschen wir alle bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten von Ihnen, es sei denn, wir sind gesetzlich verpflichtet, die Daten für einen bestimmten Zeitraum zu speichern. Sollten wir personenbezogene Daten von Ihnen gespeichert haben, die inhaltlich nicht zutreffend sind, so ändern wir diese entsprechend. Wenn Sie dies wünschen, dann erhalten Sie per E-Mail eine Kopie der bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten in einem gängigen Dateiformat. Weiter steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu. Zudem können Sie jederzeit unseren Datenschutzbeauftragten unter info@janine-flor.de kontaktieren.

Einwilligungserklärung

Janine Flor Augenoptik bietet seinen Kunden eine umfassende Beratung und Betreuung rund um die Themen Optik, Optometrie, Brillen und Kontaktlinsen.

Um diese Beratung auch über den Zweck des jeweiligen Auftrages hinaus in allen Fragen zu diesen Themen zu ermöglichen, bin ich damit einverstanden, dass die von Janine Flor Augenoptik über mich und meine Sehilfen gespeicherten Daten auch dazu genutzt werden können, um mich auf folgenden Wegen über Sonderaktionen, Preisvorteile und Neuigkeiten zu informieren.

Post E-Mail Telefon SMS

Einwilligung erteilt

Mir ist dabei klar, dass diese Einwilligungen freiwillig und jederzeit widerruflich sind. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Nach erfolgtem Widerruf werde ich keine Mitteilungen oder Informationen oder nur noch auf bestimmten Übermittlungswegen erhalten. Die vom Widerruf betroffenen Daten werden unverzüglich gelöscht. Der Widerruf ist schriftlich oder per E-Mail zu richten an:

Janine Flor Augenoptik, info@janine-flor.de oder unseren Datenschutzbeauftragten. Die angegebenen Daten werden entsprechend den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung ausschließlich für die angegebenen Zwecke gespeichert, verarbeitet und genutzt.

Unterschrift Kunde