

Bitte beantworten Sie folgende Fragen (durch Ankreuzen)

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

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 |
| Bauch - schmerzen | <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: _____

Unterschrift

__ 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 |
| Bauch - schmerzen | <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

Unterschrift

__ 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 |
| Bauch - schmerzen | <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

Unterschrift

__ 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 |
| Bauch - schmerzen | <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

Unterschrift