|  |
| --- |
| **Vorabfragebogen für Eltern zum Beratungsantrag im Förderschwerpunkt Sehen** vom:       |
| **Angaben zum Kind** |
| Name:       | Vorname:       | Geburtsdatum:       |
|  |
| Die Angaben auf diesem Bogen stammen von (Name, Vorname, Beziehung zum Kind):        |
| E-Mail/Telefon:  |       |

|  |
| --- |
| **Angaben zur Sehbeeinträchtigung** |
| **[ ]**  | Wann wurden die ersten Auffälligkeiten im Sehen beobachtet? Wer hat sie festgestellt?       |
| **[ ]**  | Mein/Unser Kind hat oder hatte schwerwiegende Erkrankungen oder Operationen, die im Zusammenhang mit der Sehbeeinträchtigung stehen.[[1]](#footnote-1) Wenn ja, welche       |
|  |
| Mein/Unser Kind hat einen Schwerbehindertenausweis (Grad der Behinderung, Merkzeichen)?[[2]](#footnote-2)        |

|  |
| --- |
| **Angaben zu individuellen Hilfsmitteln** |
| Ist Ihr Kind mit Hilfsmitteln versorgt? | **[ ]**  | ja | **[ ]**  | nein |
| Wenn **ja**, ergänzen Sie bitte die folgenden Angaben: |
| **Art des Hilfsmittels** | **Wann erfolgte die Verordnung?** (Falls die Information dazu vorliegt.) | **In welchen Alltagssituationen nutzt Ihr Kind das Hilfsmittel?** |
| **[ ]**  | Brille |       |       |
| **[ ]**  | Lupe |       |       |
| **[ ]**  | Monokular |       |       |
| **[ ]**  | Tablet, Computer, Notebook |       |       |
| **[ ]**  | Mobiltelefon |       |       |
| **[ ]**  | Hilfen zur Orientierung (Langstock, Klick-Sonar) |       |       |
| **[ ]**  |       |       |       |
| **[ ]**  |       |       |       |
| Gibt es beobachtbare Veränderungen bezüglich des Sehens seit der Versorgung mit Hilfsmitteln/seit dem Medieneinsatz? Wenn ja, welche:       |

|  |
| --- |
| **Angaben zu Fördermaßnahmen und Therapien** |
| [ ]  | Seh-Frühförderung | von:       bis       | [ ]  | Physiotherapie | von:       bis       |
| [ ]  | Visualtraining | von:       bis       | [ ]  | Ergotherapie | von:       bis       |
| [ ]  | Logopädie | von:       bis       | [ ]  |       | von:       bis       |
| [ ]  | Okklusionstherapie  | seit:        |
|  | [ ]  Linkes Auge | Stunden/je Tag:       |  | [ ]  Rechtes Auge | Stunden/je Tag:       |
| Nimmt ihr Kind die Okklusionstherpie an? | **[ ]**  | ja | **[ ]**  | nein |
| Gibt es **bezüglich des Sehens** beobachtbare Veränderungen seit den Fördermaßnahmen oder Therapien? Wenn ja, welche:       |

|  |
| --- |
| **Angaben zum aktuellen Sehverhalten** (Bitte immer nur ein Kreuz pro Zeile und nutzen Sie das Feld „Bemerkungen“ für weitere Informationen. |

| **Aktuelles Sehverhalten** | **oft** | **gelegent­lich** | **nie** | **weiß nicht** | **Bemerkungen** (Beispiele, genauere Beschreibungen) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Die Sehleistung schwankt tagesform- oder tageszeitabhängig. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind ermüdet rasch bei konzentriertem Sehen |  |  |  |  |  |
| ***in der Nähe*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***in der Ferne*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind fordert viel Licht ein. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind fühlt sich bei Sonnenlicht, Schnee und heller Zimmerbeleuchtung geblendet. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind kann Farben sicher benennen. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind benötigt viel Zeit, um visuelle Informationen aufzunehmen (z. B. Bildgeschichten). | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind zeigt ein Suchverhalten: |  |  |  |  |  |
| ***sehend*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***tastend*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***Kombination aus beiden*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind dreht oder neigt den Kopf beim Anschauen von Büchern, Bildern bzw. Filmen nach |  |  |  |  |  |
| ***rechts.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***links.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind betrachtet Bücher in einem Abstand von: ***cm.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind übersieht auf Abbildungen/Fotos/Bildern wichtige Details oder kann Details schlecht erkennen. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind hat Freude am |  |
| ***Basteln.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***Bauen/Konstruieren.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind zeigt Interesse an |  |  |  |  |  |
| ***Filmen/Fernsehen*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***Computer/Konsolenspielen*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind nutzt folgende Geräte in einem Abstand von |  |  |  |  |  |
| ***Fernseher       m.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***Tablet       cm.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***Handy       cm.*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Visuell komplexe Situationen überfordern das Kind (z. B. Straßenverkehr, volle Regale im Supermarkt, Gruppenaktivitäten). | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind kann Personen in unübersichtlichen Situationen (z.B. beim Abholen, Geburtstagsfeiern) wiedererkennen:  |  |  |  |  |  |
| ***hörend*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| ***sehend*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind findet Wege in bekannter Umgebung. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind nutzt Geräuschquellen zur Orientierung. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind zeigt Unsicherheit bei Stufen, Bordsteinkanten und wechselnden Untergründen (z. B. häufiges Stolpern). | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Das Kind nutzt Körperschutztechniken (z. B. Hände vor Kopf oder Körper) bei der Fortbewegung. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| Haben Sie bestimmte/weitere Fragen bezüglich des Sehens Ihres Kindes?       |

|  |
| --- |
| **Anlagen** |
| Folgende aktuelle Befunde *(nicht älter als ein 1 Jahr)* sind als Anlage beigefügt[[3]](#footnote-3): |
| [ ]  | Augenärztlicher Befund |
| [ ]  | Kopie des Brillenpasses |
| [ ]  | Orthoptischer Bericht |
| [ ]  | medizinische Diagnose, die auf eine visuelle Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung hinweist |
| [ ]  | Bericht der sehspezifischen Förderung, Frühförderung |
| [ ]  | Weitere:  |
| [ ]  |  |
| [ ]  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Datum |  | Unterschrift Eltern |  | Datum |  | Unterschrift Eltern |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Datum |  | Unterschrift Eltern |  |  |  |  |

1. Freiwillige Angabe der Eltern [↑](#footnote-ref-1)
2. Freiwillige Angabe der Eltern [↑](#footnote-ref-2)
3. Freiwillige Angabe der Eltern [↑](#footnote-ref-3)