|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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)