



**A n a m n e s e b o g e n für Kinder von 0 - 6 Jahren**  
**Datum:**

**Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_

**Familienanamnese:**

Gibt es Augenerkrankungen in der Familie? Ja  Nein  nicht bekannt

1. Welche? \_\_\_\_\_

2. Gibt es Brillenträger in der Familie? Ja  Nein  nicht bekannt   
Kursichtigkeit  Weitsichtigkeit  Hornhautverkrümmung   
unterschiedliche Brillenwerte zwischen rechtem und linkem Auge

3. Schwangerschaft und Geburt verlief normal? Ja  Nein

*Wenn nein:*

Frühgeburt: welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

welches Geburtsgewicht? \_\_\_\_\_

Sauerstoffversorgung: Ja  Nein

*Wie lange?* \_\_\_\_\_

Geburtskomplikationen: \_\_\_\_\_

4. Wie verläuft die kindliche Entwicklung  
Grobmotorik (Robben/Krabbeln/Laufen) altersgemäß  verzögert   
Feinmotorik (Greifen/Hand-Augen-Koordination) altersgemäß  verzögert   
Sprachentwicklung altersgemäß  verzögert   
Malen und Ausschneiden altersgemäß  verzögert

5. Traten bisher Allgemeinerkrankungen oder Unfälle auf? Ja  Nein

*Wenn ja welche?* \_\_\_\_\_

6. Nimmt Ihr Kind Medikamente? Ja  Nein

7. Wirkt Ihr Kind ungeschickt (häufiges Stolpern, Hinfallen, Danebengreifen) Ja  Nein

8. Beschäftigt sich Ihr Kind in der Nähe auch mit kleineren Sachen? Ja  Nein

Oder nimmt es Dinge nah heran? Ja  Nein

9. Fällt bei Ihrem Kind folgenden auf?

Angestrenzte Mimik  Zukneifen eines Auges  Zwinkern  Augenreiben

Tränen der Augen  Schielen eines Auges

*Wenn ja:*

Rechtes Auge  Linkes Auge  beide Augen abwechselnd

Innenschielen  Außenschielen

es wurde/wird eine Okklusionstherapie durchgeführt

es wurde bereits eine Schiel OP durchgeführt

*wann?* \_\_\_\_\_

*wo?* \_\_\_\_\_

10. Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht? Ja  Nein

*Wenn ja:*  es wurde eine Brille verordnet?

es wurde eine Cycloplegie durchgeführt

(Augentropfenuntersuchung, bei der die Pupille erweitert wurde)