



## A n a m n e s e b o g e n für Kinder von 7 - 12 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. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten beim Abschätzen von Entfernungen? Ja  Nein

9. Ist Ihr Kind?  ruhig und bedächtig?

unruhig und zappelig?

10. Wie schaut Ihr Kind Bücher an?  normal oder geht es  nah ran?

11. Welche Beschäftigung wird gemieden?

Malen  Puzzeln  Basteln  Bücher lesen o. ansehen

12. Wie lange kann sich Ihr Kind konzentrieren? \_\_\_\_\_

13. Ist Ihr Kind der der Schule/dem Kindergarten auffällig? Ja  Nein

14. Welche Klasse und Schulform besucht Ihr Kind?  
\_\_\_\_\_

15. Mit welchem Alter wurde es eingeschult? \_\_\_\_\_ Lebensjahre

16. Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt oder übersprungen? w  ü

17. Ist Ihr Kind? rechtshändig  linkshändig  umgeschult auf rechts

18. Liest Ihr Kind? Ja  Nein  Gern  überwiegend Comics  sehr langsam

Phantasiert beim Lesen