

Anamnese bei Winkelfehlsichtigkeit

Name/Vorname _____

Geburtstag _____

Strasse/PIZ/Ort _____

Telefon/E-Mail _____

Augenarzt _____

Erklärung:
 Ich erkläre, dass meine/mein Tochter/Sohn bereits augenärztlich untersucht wurde. Ich bin damit einverstanden, dass meine/mein Tochter/Sohn nach der MKH- Methodik untersucht und korrigiert wird. Ich bin über die Thematik der Winkelfehlsichtigkeit aufgeklärt. Ich bin darüber informiert worden, dass diese Dienstleistung einer Gebühr unterliegt. Die Höhe der Gebühr richtet sich nach Aufwand der optometrischen Messung.

Siegen, den

Bitte beantworten Sie folgende Fragen durch ankreuzen:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. War die geistige Entwicklung Ihres Kindes normal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurde eine Legasthenie festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Erhält Ihr Kind spezielle Förderung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hat Ihr Kind jemals geschielt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Hat in der Familie jemand geschielt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gibt es Auffälligkeiten in der Grobmotorik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat Ihr Kind gerne ausgemalt, gemalt, ausgeschnitten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Trägt oder trug Ihr Kind eine Brille? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Sph	Cyl	Achse	Vcc
RA				
LA				

Vor der ersten Messung

Heutiges Datum: _____

Das Kind geht in die ___ Klasse

In welchem Umfang bestehen Probleme oder Auffälligkeiten?
 Bitte entsprechende Kästchen markieren.

	Nicht auffällig	etwas auffällig	auffällig	sehr auffällig
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtschreibfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüchtigkeitsfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenbrennen Augentränen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe/Überaktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleichgewicht Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Probleme bestehen bereits seit etwa: _____

Bemerkungen: _____
