

Frageliste für die Eltern

Wir empfehlen grundsätzlich vorab eine Abklärung, in bezug auf Augenerkrankungen, bei einem
Facharzt für Augenheilkunde.

Sehr geehrte Eltern,

Um einen besseren Eindruck vom visuellen Problem Ihres Kindes zu bekommen und um die geeigneten Untersuchungs- und Trainingstechniken anzuwenden bitten wir Sie, folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen.

Name des Erziehungsberechtigten: _____ Beruf : _____
 Name des Kindes: _____ Geb.Dat _____
 Eventuelle andere Namen : _____
 Geschwister: _____ (Brüder-Schwestern und Alter)

1. Jetzige Situation

In welcher Hinsicht scheint ihr Kind ein visuelles Problem zu haben?

2. Klagt Ihr Kind über Sehprobleme? Wenn ja, wie äußert sich das ?

3. Klagt Ihr Kind über:

Kopfschmerzen / schlechtes Sehen (in der weite/ in der Nähe) / Doppelbilder / Schmerzen / müde Augen.

Wenn ja, wann :

Welches Auge ? rechts / links / beide

(Nicht Zutreffendes durchstreichen)

4. Haben sie oder jemand anderes folgendes bemerkt :

	Ja	nein	wann?
liest in recht kurzem Leseabstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
schließt ein Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
hat öfter rote Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
reibt sich öfter die Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
kneift oft die Augen zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
verliert beim lesen die Zeile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
dreht den Kopf beim lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
liest im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
kann weiter entfernte Dinge nicht sehen oder erkennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
läuft gegen Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ein Auge dreht weg rechts/ links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
schlechte allgemeine motorische Koordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
unregelmäßige Handschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5. Entwicklungsgeschichte

- a) Gab es eine normale Geburt ? _____
- b) Ist Ihr Kind gekrabbelt ? _____
auf Händen und Füßen ? _____
- c) Wann lief Ihr Kind ? _____
- d) Gab es Entwicklungsschwierigkeiten ? _____
- e) ist Ihr Kind sehr lebhaft ? _____
- f) Wie äußert sich bei Ihrem Kind Müdigkeit ? _____
- g) Andere Besonderheiten _____

6. Visuelle Vorgeschichte

- a) Sind bisher irgendwelche Probleme festgestellt worden? _____
Wurde das Kind früher schon einmal visuell untersucht? _____
von wem? _____ wann? _____
Ergebnis? _____
- c) Hat jemand in der Familie visuelle Probleme? nein Wenn Ja wer ? _____
was für ein Problem? _____

7. Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes

8. Allgemeinerkrankungen

- a) hat Ihr Kind eine cronische Erkrankung? nein Ja : _____
- b) hat ihr Kind eine akute Erkrankung oder hatte eine in den letzten 4 Wochen ? Nein
Ja: _____

falls Ja rufen Sie uns doch bitte vorab unter 02361/8482722 an

9. Medikamente

- Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente ?
Welche ? : _____ Weshalb: _____
- Hat Ihr Kind in den letzten 3 Wochen Medikamente genommen?
Welche ? : _____ Weshalb: _____

10. Zusätzliche Bemerkungen

Die Messungen und Korrekturen von Fehlsichtigkeiten der Fa. Junkert-Augenoptikspezialist sind rein physikalische, optisch-technische Messvorgänge.

Die Fa. Junkert-Augenoptikspezialist kann und will keine heilkundliche Behandlung durchführen, deshalb stellen wir vorsorglich die Zuziehung eines Arztes oder Heilpraktikers anheim.

Hinweis: Dies gilt insbesondere bei Beschwerden, die auch andere (sehr seltene) Ursachen als Fehlsichtigkeit haben können und bislang nicht ausgeschlossen wurden, wie Kopfschmerzen, Migräne, Kopfwangshaltungen, Doppelbildwahrnehmungen u. a.

Vielen Dank für die Mühe



_____ Daum

_____ Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Preisliste für optometrische Dienstleistungen



Termin für eine Augenglasbestimmung oder optometrische Untersuchung nach Zeitaufwand je 15 Min	30,00 €
Bei Erteilung eines Auftrages schreiben wir Ihnen 1/3 der Honorares gut	

Wir erinnern Sie schriftlich an Nachkontrollen.

Nachkontrollen haben den Sinn Ihre visuellen Fähigkeiten weiter zu verbessern oder zu erhalten, sowie Brillenglasänderungen frühzeitig zu erkennen.

Nachkontrollen ohne Befund oder Änderung		10,00 €
Bei Stärkenänderung nach Aufwand	je 15 Minuten.	20,00 €

Einfache optometrische Beratung auch telefonisch	10,00 €
Aufwendige optometrische Beratung auch telefonisch	20,00 €

Dieser Aufwand wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Für nicht wahrgenommene und nicht frühzeitig abgesagte Termine	stellen
wir 2/3 des zu erwartenden Honorars in Rechnung.	