

# Willkommen!

## Personalien

Herr       Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Tel P: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ Tel G: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Newsletter per E-Mail:  Ja  Nein  
Sport/Hobby: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Überweisung/Empfehlung durch:**

**Grund für Ihren Termin im sehzentrum zürich:**

**Momentan in Behandlung:**

Augenarzt       Kinderarzt       Osteopathie       Homöopathie

Mein letzter Besuch beim Augenarzt war am:

**Ich bin:**

Brillenträger/in       Kontaktlinsenträger/in

**Hiermit gebe ich mein Einverständnis, vertrauliche Daten an Ärzte/Therapeuten weiterzuleiten:**

Ja       Nein

Datum:

# Eintrittsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte

Um einen möglichst kompletten Eindruck der visuellen Situation Ihres Kindes zu bekommen, bitten wir Sie, folgenden Fragenkatalog möglichst vollständig auszufüllen. Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne.

Name des Kindes:

Geboren am:

Datum:

	Nein	Ja		
Wurden die Augen Ihres Kindes schon einmal untersucht?			Von wem?	
Wurde schon einmal eine Brille verordnet?			Wenn ja, wann die erste?	
Bekommt/bekam Ihr Kind Therapien?			Wenn ja, welche?	
Wurde/wird die Zahnstellung Ihres Kindes korrigiert?				
Hat Ihr Kind Allergien?			Wenn ja, welche?	
Bekommt/bekam Ihr Kind Medikamente (inkl. Ritalin etc)?			Wenn ja, welche?	

## Wurde bei Ihrem Kind schon folgendes beobachtet?

	Nein	Ja	Manchmal	Weiss nicht
Kurzer Lese-/Schreibabstand				
Benutzt beim Lesen gerne den Finger				
Lässt beim Lesen Buchstaben aus und lässt Endungen weg				
Verwechselt Buchstaben wie d+b, p+q etc.				
Verliert beim Lesen leicht die Zeile				
Liest nicht gerne freiwillig, am ehesten noch Comics				
Sieht an der Tafel schlecht/ verschwommen				
Schrift verschwimmt, ist unruhig, Buchstaben tanzen				
Schreibt über oder unterhalb der Linie, schreibt nicht gerade				
Unsicher, ängstlich beim Bälle fangen, zu spät/zu früh				
Die Augen werden schnell müde, vor allem beim Lesen				
Reibt sich öfters die Augen, hat gerötete Augen				
Rollt oder verdreht die Augen				
Ist relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht				
Schmerzen (Druck/ Zug) in den Augenhöhlen/ um die Augen				
Kopfschmerzen/ Migräne				
Ein Auge dreht weg	Rechts	Links		
Eckt öfter an oder stolpert gern, wirft leicht etwas um				
Schwierigkeiten, einzuschlafen				

Vielen Dank!

Senden