

Liebe Eltern,

bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft und vollständig. Die Angaben zu Ihrem Kind dienen der Klärung des Krankheits- oder Beschwerdebildes. Zudem erleichtern Sie unser anschließendes Gespräch. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Mobiltelefon: _____ Kinderarzt: _____

E-Mail: _____

Welcher Grund führt Sie zu uns? (Mehrfachnennung möglich)

Kontrolle Neue Brille Sehverschlechterung Kopfschmerzen
 Augenschmerzen häufiges Zwinkern Augenreiben Augentränen
 Sonstiges: _____

Kam Ihr Kind durch eine **spontane Geburt** oder einen **Kaiserschnitt** zur Welt?

	JA	NEIN
Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin? Falls nein: Wieviel später/früher?		
Erfolgte eine Beatmung mit einer Beatmungsmaske (Sauerstoffversorgung)?		
War die bisherige Entwicklung unauffällig? Falls nein: Wobei gibt es Verzögerungen/Auffälligkeiten? - Grobmotorik (Robben/Krabbeln/Laufen) <input type="checkbox"/> - Feinmotorik (Greifen/Hand-Augen-Koordination) <input type="checkbox"/> - Sprachentwicklung <input type="checkbox"/> - Malen und Ausschneiden <input type="checkbox"/>		
Ist bei einem Elternteil eine Fehlsichtigkeit bekannt? Wenn ja, bei wem und welche?		
Gibt es Augenerkrankungen in der Familie? (z.B. Glaukom oder Maculadegeneration) Wenn ja, welche und bei wem?		
Sind bei Ihrem Kind Allgemeinerkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?		
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?		
Fallen häufiges Stolpern, Hinfallen oder Danebengreifen auf?		
Werden Gegenstände wie z.B. Bücher, auffällig nah an die Augen heran genommen?		
Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht? Wenn ja: Es wurde eine Brille verordnet <input type="checkbox"/> Es wurde eine Cycloplegie durchgeführt (Augen wurden weitgetropft) <input type="checkbox"/> Es wurde eine Okklusionstherapie eingeleitet (Abkleben eines Auges) <input type="checkbox"/>		