

HERMANN-SCHAFFT-SCHULE

Überregionales Beratungs- und Förderzentrum

Schule mit dem Förderschwerpunkt Hören und Kommunikation
und mit dem Förderschwerpunkt Sehen

Am Schloßberg 1 34576 Homberg (Efze)



-Überprüfung der visuellen Wahrnehmungsverarbeitung - Sehtest-

Erhebungsbogen-Sehen

1. Persönliche Daten

Kind

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Mutter

Nachname: _____ Vorname: _____

Adresse
(falls abweichend): _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Vater

Nachname: _____ Vorname: _____

Adresse
(falls abweichend): _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

2. Wer hat die Untersuchung empfohlen:

Name/Einrichtung: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

3. Zurzeit besuchte Einrichtung:

Name/Bezeichnung: _____

Klasse/
Gruppe: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

4. Angaben zum aktuellen Anlass für eine Sehüberprüfung:

Beobachtungen: _____

Auffälligkeiten: _____

letzter Augenarztbesuch: _____

Diagnose: _____

Bringen Sie bitte falls vorhanden, schriftliche Unterlagen von SPZ, Ergotherapie, Augenarzt, Augenklinik mit zum Untersuchungstermin.

5. Brille: ja nein

seit wann: _____ Stärke re: _____ dpt. li: _____ dpt

6. Anamnese: wichtige Informationen (Krankheiten, besondere Lebensereignisse) zu folgenden Stichpunkten

Schwangerschaft/Geburt: _____

Kleinkindzeit/Kindergartenzeit/Schulzeit: _____

Bewegung/Orientierung im Haus/im Freien: _____

Verhalten bekannter/unbekannter Umgebung: _____

7. Erwartungen:

Was erwarten Sie von der Überprüfung der visuellen Wahrnehmung, einem Sehtest?

Ort/Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt und ohne Ihre Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Nach Eingang des Erhebungsbogens bei uns werden wir uns wieder mit Ihnen in Verbindung setzen, um das weitere Vorgehen (Termin, Sonstiges) zu besprechen. Die Termine werden nach der Reihenfolge der Warteliste vergeben, sofern der Erhebungsbogen vorliegt.