Augenanamneseblatt für die schulärztliche Untersuchung

Name: **Geb.Datum:** **Klasse:**

1) Gibt es bei Ihrem Kind Auffälligkeiten
   - o schlechtes Sehen ohne Brille
   - o schlechtes Sehen trotz Brille
   - o Schielen
   - o Augenzittern
   - o häufige Kopfschmerzen
   - o Kopfschiefhaltung
   - o .....

2) Gibt es in Ihrer Familie
   - o Brillenträger
   - o Schielen
   - o Augenerkrankungen z.B.....

3) War Ihr Kind schon bei einem Augenfacharzt / Sehschule zur Kontrolle ?
   - o ja — letzte Kontrolle wann?….....
   - o nein

   Regelmäßige Kontrollen?
   - o ja
   - o nein

4) Trägt Ihr Kind eine Brille/Kontaktlinsen?
   - o ja — seit wann?.....
   - o nein

5) Musste Ihr Kind bisher ein Auge zukleben?
   - o ja — welches? .....
   - o nein

6) Wurde bei Ihrem Kind bisher eine Augenoperation durchgeführt?
   - o Ja — welche?.....
   - o nein

....

Unterschrift der Eltern/Erziehungsber. Datum