



Augencheck & optometrisches Screening für **KIDS**

Optometrie speziell für Kinderaugen

Name des Kindes _____ Alter _____

Grund des Besuches

Vorgeschichte

1. In welchem Alter hat Ihr Kind die erste Brille bekommen? _____

2. In welchen zeitlichen Abständen hat sich die Brillenstärke geändert? _____

3. Tragen die Eltern eine Brille?

Mutter – Stärke: _____ Vater – Stärke: _____

4. Wann war der letzte Augencheck?

Datum: _____ bei: _____

5. Wird Ihr Kind derzeit augenärztlich behandelt? ja nein

Falls ja, Datum der letzten Kontrolle: _____ Praxis: _____

6. Wurde schon mal operiert? rechtes Auge linkes Auge Datum: _____

7. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Falls ja, welche? _____

8. Welche Hobbies übt Ihr Kind aus?



Beschwerden

1. Klagt Ihr Kind über ...

Kopfschmerzen ja nein

Nackenschmerzen ja nein

Falls ja, wie oft? _____

Bei welchen Tätigkeiten? _____

2. Leidet Ihr Kind häufig oder gelegentlich an ...

Augenschmerzen tränendem Auge Rötung der Augen Doppelbildern

Beobachtungen

	nie	eher selten	manchmal	oft
Wie viel liest Ihr Kind				
Liest Ihr Kind mit sehr kurzem Abstand?				
Sieht Ihr Kind bei Übermüdung doppelt?				
Bemerken Sie bei Ihrem Kind eine schiefe Kopfhaltung?				
Lässt Ihr Kind Wörter beim Lesen aus?				
Hat Ihr Kind Probleme, Distanzen einzuschätzen?				

Weitere Anmerkungen

Datenschutz – Einverständnis

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der oben genannten Daten durch Andre Augenoptik GmbH, Pfaffenhofen a. d. Ilm. Die Daten werden ausschließlich zur Sehberatung und Anpassung von Sehhilfen verwendet. Im Falle eines Inhaberwechsels erteile ich hiermit die Erlaubnis, dass die persönlichen Daten weitergenutzt werden dürfen. Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum, Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass die oben erhobenen Daten sowie die Ergebnisse des optometrischen Screenings nach Absprache an weitere Fachstellen (Augenarzt/-klinik, Orthoptist etc.) übermittelt werden dürfen.

ja nein

Datum, Unterschrift