

## Frageliste für die Eltern

Sehr geehrte Eltern,  
um einen besseren Eindruck vom visuellen Problem Ihres Kindes zu bekommen,  
und um die geeigneten Untersuchungs- und Trainingstechniken anzuwenden, bitten  
wir Sie, folgende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen. Wir empfehlen  
grundsätzlich vor einem Besuch bei uns, mögliche Augenerkrankungen bei einem  
Facharzt für Augenheilkunde abzuklären.

Name des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

### 1. Aktuelle Situation

In welcher Hinsicht scheint ihr Kind ein visuelles Problem zu haben?

\_\_\_\_\_

### 2. Klagt Ihr Kind über Sehprobleme? Wenn ja, wie äußert sich das?

\_\_\_\_\_

### 3. Klagt Ihr Kind über

- |                                           |                                                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen    |                                                                           |
| <input type="checkbox"/> schlechtes Sehen | <input type="checkbox"/> i. d. Weite <input type="checkbox"/> in der Nähe |
| <input type="checkbox"/> Doppelbilder     |                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen        |                                                                           |
| <input type="checkbox"/> müde Augen       |                                                                           |

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Welches Auge?  beide  rechts  links

#### 4. Haben Sie oder jemand anderes folgendes bemerkt

- mein Kind liest in recht kurzem Leseabstand
- schließt ein Auge
- hat öfter rote Augen
- reibt sich öfter die Augen
- kneift oft die Augen zusammen
- verliert beim Lesen die Zeile
- dreht den Kopf beim Lesen
- liest im Bett
- kann weiter entfernte Dinge nicht sehen oder erkennen
- läuft gegen Gegenstände
- ein Auge dreht weg  rechts  links
- schlechte allgemeine motorische Koordination
- Lichtempfindlichkeit
- unregelmäßige Handschrift

#### 5. Entwicklungsgeschichte

- Gab es eine normale Geburt?  ja  nein
- Ist Ihr Kind gekrabbelt?  ja  nein
- Auf Händen und Füßen?  ja  nein
- Wann lief Ihr Kind? \_\_\_\_\_
- Gab es Entwicklungsschwierigkeiten?  ja  nein
- Ist Ihr Kind sehr lebhaft?  ja  nein
- Wie äußert sich bei Ihrem Kind Müdigkeit? \_\_\_\_\_
- Andere Besonderheiten \_\_\_\_\_

#### 6. Visuelle Vorgeschichte

- Sind bisher irgendwelche Probleme festgestellt worden?  ja  nein
- Wurde ihr Kind früher schon einmal visuell untersucht?  ja  nein
- Von wem? Wann? Ergebnis? \_\_\_\_\_
- Hat jemand in der Familie visuelle Probleme?  ja  nein
- Was für ein Problem? \_\_\_\_\_

## 7. Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Kindes

---

## 8. Allgemeinerkrankungen

- Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung?  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

- Hat Ihr Kind eine akute Erkrankung oder hatte eine in den letzten 4 Wochen? (Falls ja, rufen Sie uns doch bitte vorab unter 02361/482722 an)  ja  nein

## 9. Medikamente

- Nimmt Ihr Kind dauerhaft Medikamente?  ja  nein

Welche? Weshalb? \_\_\_\_\_

- Hat Ihr Kind in den letzten 3 Wochen Medikamente genommen?  ja  nein

Welche? Weshalb? \_\_\_\_\_

## 10. Zusätzliche Bemerkungen

---

Die Messungen und Korrekturen von Fehlsichtigkeiten der Fa. JunkertAugenOptikSpezialist sind rein physikalische, optisch-technische Messvorgänge.

Die Fa. JunkertAugenOptikSpezialist kann und will keine heilkundliche Behandlung durchführen, deshalb stellen wir vorsorglich die Zuziehung eines Arztes oder Heilpraktikers anheim. Hinweis: Dies gilt insbesondere bei Beschwerden, die auch andere (sehr seltene) Ursachen als Fehlsichtigkeit haben können und bislang nicht ausgeschlossen wurden (etwa Kopfschmerzen, Migräne, Kopfwangshaltungen, Doppelbildwahrnehmungen u. a.)

Vielen Dank für Ihre Mühe!

---

Datum und Unterschrift  
des/der Erziehungsberechtigten

**Junkert**   
AugenOptikSpezialist  
INSTITUT FÜR OPTOMETRIE

# Preisliste

## für optometrische Dienstleistungen

Stand April 2021

Termin für eine **Augenglasbestimmung** oder **optometrische Untersuchung**. Bei Erteilung eines Auftrags schreiben wir Ihnen 170,- Euro gut. \_\_\_\_\_ 250,00 €

Wir erinnern Sie schriftlich an Nachkontrollen. Nachkontrollen haben den Sinn, Ihre visuellen Fähigkeiten weiter zu verbessern oder zu erhalten, sowie Brillenglasänderungen frühzeitig zu erkennen.

**Nachkontrollen** ohne Befund oder Änderung \_\_\_\_\_ 10,00 €

**Nachkontrollen** bei Stärkenänderung nach Aufwand, je 15 Minuten. Bei Erteilung eines Auftrags schreiben wir Ihnen 1/3 des Honorars gut. \_\_\_\_\_ 30,00 €

Einfache **optometrische Beratung** (auch telefonisch) \_\_\_\_\_ 10,00 €

Aufwendige **optometrische Beratung** (auch telefonisch) \_\_\_\_\_ 20,00 €

Diese Leistung wird nicht von den Krankenkassen übernommen. Für nicht wahrgenommene und nicht frühzeitig abgesagte Termine stellen wir 2/3 des zu erwartenden Honorars in Rechnung.