# Gegevens

Naam

Adres

Postcode + woonplaats

Telefoonnummer

Email

Geboortedatum

School, klas/groep

Datum

**Algemeen**

Wat is de reden dat U door ons een onderzoek wilt laten doen?

Is uw kind voor deze klachten reeds elders onder behandeling, zo ja waar?

Hoe is de algemene gezondheidstoestand van uw kind?

Hoe was deze vroeger? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt uw kind regelmatig medicijnen, zo ja, welke?

Heeft uw kind een allergie?

Heeft uw kind nu of in het verleden veel last van oorontstekingen gehad?

Heeft uw kind ooit een oog af moeten plakken, zo ja, hoe lang? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zijn de ogen operatief rechtgezet? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft uw kind ooit een orthoptist of oogarts bezocht, zo ja, welke behandeling heeft er plaatsgevonden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# School en zien

*Wilt u markeren wat voor uw kind van toepassing is.*

🞎 Schoolprestaties zijn niet optimaal

 Zo ja; 🞎 Altijd al of 🞎 Sinds bepaalde tijd

🞎 lezen is beneden niveau

🞎 moeite met spelling

🞎 moeite met rekenen

🞎 krijgt remedial teaching

🞎 het begrijpend lezen is zwak

🞎 moeilijkheden met woordherkenning

🞎 draait letters of woorden om ( b en d, p en q, daar en raad)

🞎 draait getallen om ( 12 en 21)

🞎 krijgt werk niet in de beschikbare tijd af

🞎 faalangst

🞎 maakt fouten bij overschrijven van bord naar papier

🞎 slecht handschrift

🞎 gebruikt vinger of hulpmiddel tijdens het lezen

🞎 verliest vaak focus, is vaak de regel kwijt

🞎 klaagt over wazig beeld tijdens het lezen

🞎 klaagt over wazig zien op het bord na nabij werkzaamheden

🞎 klaagt over wazig zien dichtbij na kijken op het bord

🞎 klaagt over dubbelzien

🞎 klaagt over hoofd of buikpijn tijdens of na visuele inspanning

🞎 klaagt over samenvloeien, springen of bewegen van tekst, dansende letters

🞎 sluit of bedekt vaak een oog bij nabij werkzaamheden

🞎 wagenziek

🞎 klaagt over pijnlijke, vermoeide of branderige ogen tijdens lezen

🞎 heeft jeukende of tranende ogen

🞎 fronst tijdens visuele bezigheden

🞎 één oog wijkt tijdens visuele bezigheden

🞎 houdt het hoofd schuin of gedraaid tijdens visuele bezigheden

🞎 vermijdt werk voor dichtbij, leest niet graag, wordt moe van lezen

🞎 is buitengewoon vermoeid na visuele concentratie

🞎 korte concentratietijd, snel afgeleid of veel dagdromen, voornamelijk bij nabij werkzaamheden

🞎 Last bij het kijken naar een 3D film

# Gedrag

🞎 Vertoont wangedrag (vaak om slechte (school)prestaties te camoufleren)

🞎 wordt lastig als gevraagd wordt schoolwerk te maken, komt moe uit school

🞎 de clown van de klas

🞎 gefrustreerd door schoolwerk

🞎 onzekere houding, hangt in een stoel

🞎 heeft een goede verbale vaardigheid ontwikkeld om vragen te vermijden of te omzeilen.

# Ontspanning en vrije tijd

🞎 typisch binnenkind

🞎 typisch buitenkind

🞎 wil graag veel TV kijken

🞎 gebruikt vaak de computer/tablet/playstation/gamen/smartphone

🞎doet aan welke sport*?*

🞎 speelt graag alleen

🞎 speelt graag met anderen

# Geboorte en ontwikkeling

**Zijn er tijdens of direct na de bevalling complicaties opgetreden, zo ja, graag toelichten.**

🞎 Ja 🞎 Nee

**Heeft uw kind vroeger gekropen?**

🞎 Ja, en op welke leeftijd. 🞎 nee

🞎 kroop met de buik op de grond

🞎 kroop op handen en knieën

🞎 zij kroop op handen en voeten

🞎 billenschuiven

**Op welke leeftijd begon uw kind te lopen***?*

**Op welke leeftijd begon uw kind te praten*?***

**Vindt u dat uw kind nu duidelijk spreekt?**

🞎 Ja 🞎 Nee

**Zijn er nog punten die u graag nader toe wilt lichten of andere zaken die wij niet gevraagd hebben, maar uw in ziens van belang zijn?**