

BEOBACHTUNGSBOGEN

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Termin mit.

Name _____ Alter _____ Klasse _____

Anschrift _____

_____ Telefon _____

Ausgefüllt von _____ Datum _____

Fragen:

Antwort bitte einkreisen

Lichtempfindlichkeit

Empfinden Sie Sonnenlicht als störend?	Ja	Nein	?
Empfinden Sie Glitzern/ gleissendes Licht als störend?	Ja	Nein	?
Empfinden Sie helles/ Neonlicht als störend?	Ja	Nein	?
Werden Sie bei Neonlicht müde oder benommen?	Ja	Nein	?
Bekommen Sie Kopfschmerzen von hellem Licht/ Neonlicht?	Ja	Nein	?
Werden Sie bei Neonlicht kribbelig / zappelig, ungeduldig?	Ja	Nein	?
Finden Sie Zuhören schwieriger bei Neonlicht?	Ja	Nein	?
Leidet Ihr Auftreten bei hellem Licht/ Neonlicht?	Ja	Nein	?
Haben Sie das Bedürfnis nach mehr Licht beim Lesen?	Ja	Nein	?
Haben Sie das Bedürfnis nach weniger Licht beim Lesen?	Ja	Nein	?
Lesen Sie bei Dämmerlicht?	Ja	Nein	?
Benutzen Sie Finger / Stift um die Seite teilweise abzudecken?	Ja	Nein	?
Überschatten Sie die Seite mit der Hand oder dem Körper?	Ja	Nein	?

Typ der Leseschwierigkeiten

Überspringen Sie Wörter oder Reihen?	Ja	Nein	?
Lesen Sie dieselbe Reihe mehrfach?	Ja	Nein	?
Lesen Sie weniger als eine Stunde?	Ja	Nein	?
Verlieren Sie die Lesestelle?	Ja	Nein	?
Lesen Sie stockend oder mit wechselnder Geschwindigkeit?	Ja	Nein	?
Überspringen Sie kleine Wörter / Silben?	Ja	Nein	?
Haben Sie ein schwaches Lese-Sinnverständnis?	Ja	Nein	?
Verschlechtert sich das Lesen je länger Sie lesen?	Ja	Nein	?
Vermeiden Sie zu lesen?	Ja	Nein	?
Lesen Sie nur das Nötigste?	Ja	Nein	?

Beim Lesen oder der Arbeit am Computer:

Reiben Sie sich die Augen?	Ja	Nein	?
Bewegen Sie sich vor und zurück?	Ja	Nein	?
Kneifen Sie die Augen zusammen?	Ja	Nein	?
Reißen Sie die Augen weit auf?	Ja	Nein	?
Machen Sie häufig (kurze) Pausen?	Ja	Nein	?
Werden Sie durch Blendung beeinträchtigt?	Ja	Nein	?
Schließen oder verdecken Sie ein Auge?	Ja	Nein	?
Lesen Sie Wort für Wort?	Ja	Nein	?
Sind Sie unfähig einen Text zu überfliegen oder zum Schnelllesen?	Ja	Nein	?

Empfinden Sie Anstrengung, Erschöpfung, Müdigkeit oder bekommen Kopfschmerzen...

... beim Lesen	Ja	Nein	?
... beim Zuhören	Ja	Nein	?
... bei der Schreibtischarbeit	Ja	Nein	?
... bei der Arbeit am Computer	Ja	Nein	?
... beim Fernsehen / im Kino	Ja	Nein	?
... beim Abschreiben oder Abzeichnen	Ja	Nein	?
... beim Videospielen	Ja	Nein	?
... beim Schreiben längerer Texte	Ja	Nein	?
... bei visuell intensiven Arbeiten wie Nähen, Bügeln etc.	Ja	Nein	?
... beim Arbeiten bei hellem Licht oder Neonlicht	Ja	Nein	?

Handschrift:

Schrift geht auf-/abwärts	Ja	Nein	?
Ungleichmäßige/keine Abstände zwischen Buchstaben/Wörtern	Ja	Nein	?
Ungleichmäßige Buchstabengröße	Ja	Nein	?
Unfähig auf der Linie zu schreiben	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten mit Multiple Choice Antwortbögen	Ja	Nein	?
Vergessen von Wörtern, Buchstaben, Satzzeichen	Ja	Nein	?

Aufmerksamkeit / Konzentration:

Konzentrationsprobleme beim Lesen oder Schreiben	Ja	Nein	?
Leicht ablenkbar beim Lesen oder Schreiben	Ja	Nein	?
Tagträume bei der Arbeit	Ja	Nein	?
Probleme bei der Sache zu bleiben	Ja	Nein	?
Probleme mit einer Aufgabe anzufangen	Ja	Nein	?

Abschreiben:

Stelle verlieren (Buch, Tafel, Tageslichtprojektor)	Ja	Nein	?
Wörter auslassen (Buch, Tafel, Tageslichtprojektor)	Ja	Nein	?
Langsam (Buch, Tafel, Tageslichtprojektor)	Ja	Nein	?
Unvollständig (Buch, Tafel, Tageslichtprojektor)	Ja	Nein	?
Flüchtigkeitsfehler (Buch, Tafel, Tageslichtprojektor)	Ja	Nein	?
Blinzeln/Augen kneifen/reiben (Buch, Tafel, Tageslichtprojektor)	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten sich auf eine Stelle zu konzentrieren	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten beim Übertragen auf Computer/Schreibmaschine	Ja	Nein	?

Schreiben:

Unorganisiert	Ja	Nein	?
Probleme mit der Zeichensetzung	Ja	Nein	?
Probleme mit Korrekturlesen	Ja	Nein	?
Wörter und Buchstaben auslassen	Ja	Nein	?
Schreiben ohne Nachzulesen	Ja	Nein	?

Mathematik:

Ziffern in Zahlenspalten falsch eintragen	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten, Zahlen in der richtigen Spalte zu sehen	Ja	Nein	?
Flüchtigkeitsfehler	Ja	Nein	?
Finger, Stift als Hilfe bei der Arbeit mit Zahlenspalten	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten beim Erkennen von Vorzeichen, Zahlen, Dezimalpunkten und Symbolen	Ja	Nein	?
Vertauschen/Verdrehen von Ziffern	Ja	Nein	?

Musik:

Probleme vom Blatt zu spielen	Ja	Nein	?
Lieber auswendig als vom Blatt spielen	Ja	Nein	?
Lieber nach Gehör spielen	Ja	Nein	?
Finger als Lesehilfe beim Notenlesen	Ja	Nein	?
Die Lesestelle verlieren	Ja	Nein	?
Probleme beim Notenlesen	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten bei der Interpretation der Notation	Ja	Nein	?
Wenig Fortschritt trotz regelmäßigen Übens	Ja	Nein	?

Räumliches Sehen:

Schwierigkeiten beim Betreten und Verlassen einer Rolltreppe	Ja	Nein	?
Ungeschickt	Ja	Nein	?
Stoßen an Tischkanten und Türen	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten beim Treppensteigen	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten beim Schätzen von Entfernungen	Ja	Nein	?
Dinge fallenlassen oder umstoßen	Ja	Nein	?
Als Kind häufige Unfälle, blaue Schienbeine	Ja	Nein	?
Neben einer Person gehend diese anstoßen	Ja	Nein	?
Benommenheit/Schwindelgefühl beim Gehen	Ja	Nein	?
Schwierigkeit beim Be-/Absteigen sich bewegender Dinge	Ja	Nein	?

Autofahren:

Schwierigkeiten beim Einparken am Bordstein	Ja	Nein	?
Beim Einparken Sorge, das vordere Auto zu berühren	Ja	Nein	?
Zu viel / zu wenig Abstand zum Bordstein lassen	Ja	Nein	?
Beim Linksabbiegen: Schwierigkeiten, die Geschwindigkeit entgegenkommender Autos zu schätzen	Ja	Nein	?
Unsicherheit beim Wechsel der Fahrspur	Ja	Nein	?
Besonders vorsichtig beim Wechseln der Spur	Ja	Nein	?
Mitfahrer sind angespannt, wenn Sie die Spur wechseln	Ja	Nein	?
Übervorsichtig im Abstand halten zum Vordermann	Ja	Nein	?
Fahren mit geringem Abstand zum Vordermann	Ja	Nein	?

Sport:

Als Kind Probleme einen Ball zu fangen	Ja	Nein	?
Bei Sportsendungen im Fernsehen: Schwierigkeiten dem Ball zu folgen (Tennis, Fußball, etc.)	Ja	Nein	?
Bei Sportsendungen im Fernsehen: den Ball verfolgen können, dafür nichts anderes mehr sehen	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten beim Billard	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten beim Tennis, den Ball zu treffen	Ja	Nein	?
Schwierigkeiten beim Erlernen des Fahrradfahrens	Ja	Nein	?
Probleme beim Seilspringen: zur falschen Zeit springen/ ins Seil hinein springen	Ja	Nein	?
Probleme bei Ballspielen wie Volleyball, Brennball	Ja	Nein	?
Auf Spielplätzen mit Ringen und Reckstangen: war es schwierig von einem zum nächsten zu greifen?	Ja	Nein	?

Müdigkeit im Auto:

Als Mitfahrer benommen werden	Ja	Nein	?
Als Fahrer benommen werden	Ja	Nein	?
Sich gestört fühlen von Chrom / Metallic-Lackierungen an Autos	Ja	Nein	?
Sich gestört fühlen von Lichtreflexen auf der Heckscheibe des Autos vor Ihnen	Ja	Nein	?
Sich gestört fühlen von Scheinwerfern und Straßenlaternen	Ja	Nein	?
Nachtfahrten vermeiden, insbesondere bei Regen	Ja	Nein	?
Nachtblind sein	Ja	Nein	?

Wenn Sie drei oder mehr dieser Fragen in *einem* der Abschnitte mit 'Ja' beantwortet haben, können Sie vom Irlen Syndrom betroffen sein. Das Irlen Institut empfiehlt eine genaue Abklärung durch ein Irlen Screening.