

Detta schema gör det möjligt för oss att planera tester och undersökningsrutiner på förhand, så att tiden kan utnyttjas så effektivt som möjligt till barnets bästa.

Barnets namn _____ Födelsedata _____
Adress _____ Tel _____
Datum _____ Skola _____
Klass _____ Lärare _____

DAGENS SITUATION

Varför tror du att barnet behöver en synundersökning? _____

Finns det några indikationer från skolan om att barnet kan ha visuella problem? _____

Rapporterar barnet något av följande symptom?

HUVUDVÄRK JA _____ NEJ _____ NÄR _____

DIMSYN JA _____ NEJ _____ NÄR _____

DUBBELSEENDE JA _____ NEJ _____ NÄR _____

SÅRIGA eller "TRÖTTA" ÖGON JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Har barnet andra synproblem? _____

VISUELLA FÄRDIGHETER

Har du märkt något av följande?

Håller boken nära JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Blundar eller täcker ett öga JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Ögonen blir ofta röda JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Gnider sig ofta i ögonen JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Blinkar ofta JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Skakar huvudet vid läsning JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Markerar raden med fingret JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Blandar bokstäver och ord JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Spegelvänder bokstäver och ord JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Tappar eller läser om ord/rader JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Läser sakta JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Dålig läsförståelse JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Okoncentrerad JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Dåligt penngrepp JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Dålig generell koordinationsförmåga JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Känslig för ljus JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Problem att se på avstånd JA _____ NEJ _____ NÄR _____

Problem att se på läsavstånd JA _____ NEJ _____ NÄR _____

VISUELL HISTORIA

Datum för sista synundersökning _____ Utförd av _____

Ordinerades glasögon? _____ Används de? _____ När? _____

Familjens visuella status: Mor _____ Far _____

Syskon _____

GENERELL ANPASSNING

Är det anpassningsproblem? I skolan_____ Hemma_____ Beskriv kort:_____

Vad tror du är orsaken?_____

SKOLAN

Vid vilken ålder började barnet på dagis_____ 1:a klass_____

Trivs barnet i skolan? Ja_____ Nej_____ Med läraren? Ja_____ Nej_____

Tycker du att Hon/Han jobbar efter sin förmåga_____

Specificera eventuella skolproblem_____

Läsmässig nivå:

Läsning över_____ medel_____ under_____ långt under_____

Matematik över_____ medel_____ under_____ långt under_____

Stavning över_____ medel_____ under_____ långt under_____

Skrivning över_____ medel_____ under_____ långt under_____

Verkar det som skolarbetet är ansträngande?_____

Har Han/Hon extra lärarhjälp?_____

När?_____ Av vem?_____ Resultat? _____

UTVECKLINGSHISTORIA

Fullgången graviditet?_____ Normal födsel?_____

Några komplikationer före eller efter födseln?_____

Kröp barnet?_____ På alla fyra?_____ När?_____

När började barnet -gå?_____ -prata_____ Var barnet aktivt?_____

Ev. sjukdomar i barnaåren?_____

ALLMÄNT HÄLSOTILLSTÅND

Beskriv barnets allmänna hälsotillstånd:_____

Läkemedel som används ständigt eller periodvis:_____

För vad?_____ Har föräldrarna eller syskon haft inlärningsproblem?_____

KOST

Ge en kort beskrivning av mat och dryck Hon/Han vanligtvis äter:_____

PERSONLIGHET

Ge en kort beskrivning av barnets natur_____

När du kommit igenom detta formulär får du en uppfattning om på vilka grunder barnets visuella problem blir värderat. Vi kommer att göra allt för att hjälpa barnet med eventuella visuella problem som hindrar det från att leva upp till sin egentliga potential. Det är ofta fördelaktigt för barnet och oss att kunna diskutera undersökningsresultaten med skolan. Meddela mig om du inte vill att detta sker.

Underskrift:_____ Datum:_____

COPYRIGHT Skandinaviska V.T.Gruppen