

UTVECKLINGSSCHEMA FÖR SKOLRELATERADE VISUELLA PROBLEM

Bäste Lärare!

I samband med en synundersökning på en av era elever är det önskvärt med en så stor förståelse för elevens problem som möjligt. I samförstånd med föräldrarna sänder jag dig detta schema som jag hoppas du vill fylla i efter bästa förmåga och returnera.

TACK PÅ FÖRHAND

Barnets namn _____ Födelsedata _____
Skolans namn _____ Adress _____
Klass _____ Lärare _____ Tel _____

Finns det några indikationer från skolan 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 _____

GENERELL ANPASSNING

Är det anpassningsproblem? I skolan _____ Beskriv kort: _____

Vad tror du är orsaken? _____

SKOLAN

Vid vilken ålder började barnet 1:a klass _____

Trivs barnet i skolan? 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? _____

Var? _____ Hur länge? _____ Resultat? _____

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. Jag 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 andra yrkesgrupper (som naturligtvis har tystnadsplikt). Var vänlig att meddela mig om du inte vill att det sker.

Underskrift: _____ Datum: _____

Inga Maria Fransson
Leg Optiker & Optometrist

COPYRIGHT Skandinaviska V.T.Gruppen
Eftertryck förbjudes enl. lag.