

# Spørreskjema barn 0-16 år

Synsprøve dato: \_\_\_\_\_

BARNETS FULLE NAVN: \_\_\_\_\_

FØDSELSDATO: \_\_\_\_\_

FORNAVN SOM BRUKES: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

SKOLE: \_\_\_\_\_ KLASSE: \_\_\_\_\_

LÆRER: \_\_\_\_\_

FORESATTES NAVN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TLF. DAG \_\_\_\_\_ TLF. KVELD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TLF. DAG \_\_\_\_\_ TLF. KVELD \_\_\_\_\_

## 1 NÅVÆRENDE SITUASJON

1.1 Hvorfor tror du barnet trenger synsundersøkelse?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tror du adferden hjemme skyldes et synsproblem? Ja  Nei

1.2 Har dere oppdaget noen forskjeller ved barnet sammenlignet med søsken? Ja  Nei

1.3 Når og hvem oppdaget synsproblemet?

\_\_\_\_\_

1.4 Startet problemet plutselig? Ja  Nei   
Mener du det kan være knyttet til sykdom eller uhell? Ja  Nei

\_\_\_\_\_

1.5 Hvem anbefalte undersøkelsen? \_\_\_\_\_

## 2 GENERELL HELSE

2.1 Bruker barnet noen medisiner? Ja  Nei

Hvilke/navn: \_\_\_\_\_

Angi hvorfor/sykdom: \_\_\_\_\_

2.2 Har barnet vært utsatt for skader eller ulykker?  
 Hodeskader  Ryggskader  Øyeskader  Annet

Hvis annet, spesifiser: \_\_\_\_\_

### 3 UTVIKLINGENS HISTORIE

- 3.1 Ved hvilken alder krabbet barnet? \_\_\_\_\_ mnd/år  
Var det en god ”på alle fire” krabbing? Ja  Nei
- 3.2 Ved hvilken alder gikk barnet? \_\_\_\_\_ mnd/år  
Var det noen problemer i å lære og gå? Ja  Nei   
Hvis ja, spesifiser: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3.3 Ved hvilken alder snakket barnet første gang? \_\_\_\_\_ mnd/år  
Hvordan var taleutviklingen? Rask  Sen
- 3.4 Kan barnet:  
Knepe knapper  Knyte skolisser  Kle seg selv  Forskjell høyre/venstre
- 3.5 Liker barnet å lese selv?  
Nei  Ja, bøker  Ja, tegneserier

### 4 GENERELL ADFERD

- 4.1 Trenger barnet mye søvn? Ja  Nei
- 4.2 Har dere registrert hyppig ekstrem tretthet?
- Ja, etter TV-titting
  - Ja, etter lekselesing
  - Ja, etter finmotorisk leking, som puslespill eller perling
  - Nei
- 4.3 Resulterer trettheten i:
- Redusert aktivitet
  - Økt aktivitet
  - Irritasjon
- 4.4 Har barnet (u) vaner som:
- Neglebiting
  - Blinking med øynene
  - Gnidning i øynene
  - Sterkt svingende humør

**4.5** Hvilken hånd foretrekker barnet:

- |  |                                  |                                |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Å spise med  | <input type="checkbox"/> Venstre | <input type="checkbox"/> Høyre |
| Å skrive med   | <input type="checkbox"/> Venstre | <input type="checkbox"/> Høyre |
| Å tegne med  | <input type="checkbox"/> Venstre | <input type="checkbox"/> Høyre |
| Under lek  | <input type="checkbox"/> Venstre | <input type="checkbox"/> Høyre |
| Hvilket ben blir brukt ved sparking?                               | <input type="checkbox"/> Venstre | <input type="checkbox"/> Høyre |
| Har barnet vært i tvil eller skiftet Mellom høyre og venstre hånd? | Ja <input type="checkbox"/>      | Nei <input type="checkbox"/>   |

- 4.6** Kan barnet kaste og fange ball? Ja  Nei

## 5 BARNEHAGE/SKOLE

- 5.1** Liker barnet skolen? Ja  Nei   
 Nekter barnet å gå på skolen? Ja. Ofte  Sjelden  Nei   
 Har barnet mye fravær? Ja  Nei

- 5.2** Føler dere at barnet har noen problemer på skolen? Ja  Nei   
 Hvilke fag liker barnet best? \_\_\_\_\_  
 Hvilke fag liker barnet minst? \_\_\_\_\_

- 5.3** Har barnet ekstraundervisning? Nei  Ja  i \_\_\_\_\_ (fag)

## 6 VISUELL HISTORIE

- 6.1** Har barnet vært til synsundersøkelse før? Ja  Nei   
 Når: \_\_\_\_\_

Hvem foretok undersøkelsen? \_\_\_\_\_

- 6.2** Har barnet briller? Ja  Nei   
 Må barnet mases på for å bruke briller? Ja  Nei   
 Er brillen blitt forandret noen gang? Ja  Nei   
 Når bruker barnet brillene? \_\_\_\_\_  
 Når fikk barnet briller første gang? \_\_\_\_\_

- 6.3** Er det andre i familien som bruker briller? Ja  Nei

## 7 SYMPTOMER VED SYNSPROBLEMER

- 7.1 Er barnet plaget med hodepine? Ja  Nei
- 7.2 Plages barnet av trette øyene? Ja  Nei
- 7.3 Holder barnet for/lukker det ene øyet ved lesing? Ja  Nei
- 7.4 Er ting tåkete på avstand? Ja  Nei
- Har barnet problemer med å se på tavlen? Ja  Nei
- Ser barnet dårlig på kort hold (20 cm)? Ja  Nei
- Ser barnet noen ganger dobbelt på avstand? Ja  Nei
- Ser barnet noen ganger dobbelt på nær? Ja  Nei
- Myser barnet når det ser i bøker eller leser? Ja  Nei
- 7.5 Anslå hvor nærme barnet holder ting det leker med, f.eks: puslespill, terninger, kort eller bøker \_\_\_\_\_ ( cm.)

## 8 MULIGE VISUELLE/MOTORISKE FERDIGHETSPROBLEMER

- 8.1 Har barnet problemer med å kaste/ta imot en ball? Ja  Nei
- 8.2 Har barnet problemer med å kopiere geometriske figurer? Ja  Nei
- 8.3 Har barnet problemer med å skrive/tegne på avgrensede områder? Ja  Nei
- 8.4 Har barnet en unormal hode/kroppsposisjon ved nærarbeid? Ja  Nei
- 8.5 Bytter barnet om bokstaver og ord? Ja  Nei
- 8.6 Hopper barnet over ord? Ja  Nei
- 8.7 Bruker barnet finger eller linjal som markør ved lesing? Ja  Nei
- 8.8 Føler du at barnet er "klumsete"? Ja  Nei

*Tusen takk for hjelpen! Det er til stor hjelp ved den fysiske synsundersøkelsen.*