

Spørreskjema

Skole

BARNETS FULLE NAVN: _____

FØDSELSDATO: _____

FORNAVN SOM BRUKES: _____

ADRESSE: _____

SKOLE: _____ KLASSE: _____

LÆRER: _____ TLF. DAG: _____

1 NÅVÆRENDE SITUASJON

Rapporterer barnet noe av følgende symptomer?

	Ja	Nei	Når?
1.1 Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1.2 Tåkesyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1.3 Dobbeltsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1.4 Såre eller trette øyne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
1.5 Noter andre synsplager barnet har:			_____ _____ _____

2 SKOLE

Alder ved start i 1. Klasse _____ År

- 2.1 Liker barnet skolen? Ja Nei
- 2.2 Har barnet mye fravær? Ja Nei
- 2.3 Føler dere at barnet har noen problemer på skolen? Ja Nei
- 2.4 Hvilke fag liker barnet best? _____

- 2.5 Hvilke fag liker barnet minst? _____

- 2.6 Har barnet hjelpeundervisning? Nei Ja _____ (fag)
Når? _____ Av hvem? _____
Hvor? _____ Hvor lenge? _____
Resultat: _____

- 2.7 Føler du at barnet jobber opp mot sitt potensial? Ja Nei
Spesifiser eventuelle problemer: _____

2.8 LÆRINGSMESSIG NIVÅ?

	Over Gj.snittet	Midt på Gj.snittet	Under Gj.snittet	Langt under Gj.snittet
Lesing				
Matematikk				
Rettskriving				
skrivning				

2.9 Synes det som skolearbeidet er anstrengt? Ja Nei

3 VISUELL ADFERD

Gjør barnet noe av følgende:

	Ja	Nei	Når?
3.1 Holder lese/skrivestoffet nærme øynene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.2 Lukker eller dekker ett øye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.3 Blir øynene ofte røde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.4 Gnir seg ofte i øynene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.5 Blunker mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.6 Skakker hodet ved lesing/skriving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.7 Beveger hodet ved lesing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.8 Bruker finger som markør?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.9 Blander bokstaver og ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.10 Mister eller leser om igjen ord/linjer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.11 Leser sakte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.12 Dårlig leseforståelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.13 Trettes lett/ lett å distrahere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.14 Dårlig pennegrep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.15 Dårlig generell koordineringsevne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.16 Følsom for lys?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.17 Problemer med å se ting på avstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.18 Problemer med å se ting på nært hold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

4 GENERELL ADFERD

4.1 Er det avvikende adferd i skolesituasjon?

Beskriv kort, hva tror du er årsaken?

5 PERSONLIGHET

5.1 Gi en kort beskrivelse av barnets natur:

Foreldrenes samtykke i at lærer svarer på evalueringsskjemaet for skolerelaterte visuelle problemer:

Sted/Dato

Signatur

Det er ofte fordelaktig for barnet og oss å kunne diskutere undersøkelsesresultatene med andre taushetsbelagte faginstanser som kan være aktuelle. Vennligst gi beskjed dersom du ikke ønsker en slik utveksling av dine opplysninger.

Mine svar kan utveksles med annet fagpersonell:

Ja Nei

Vennligst gi tilbakemelding om resultater av synsundersøkelsen.

Ja Nei

Sted/Dato

Signatur