

Fragebogen: **Wie beeinflusst die Sehbehinderung verschiedene Aktivitäten?**

Name: _____ - - - Klasse _____

Die richtige Antwort wählen:

- 0= keine Einschränkung
- 1= geringe Einschränkung
- 2= mittelschwere Einschränkung
- 3= starke Einschränkung
- 4= nur bedingt möglich
- 5= nicht möglich

Datum _____

Kompensatorische Techniken, entweder die der Blinden (B) oder die der Sehbehinderten (LV)

- 6= noch keine Technik erlernt
- 7= wird gerade gelernt aber noch nicht beherrscht
- 8= Techniken bekannt, teilweise Kompensation
- 9= gute Kompensationsfähigkeit

A. In Kommunikation, Informationsempfang, Soziale Kontakte

0-5 / 6-9

- 1a. Wahrnehmung der Gesichtsausdrücke auf gewöhnlicher Entfernung _____/_____
- b. Lippen ablesen _____/_____
- 2a. Kommunikative Gebärden _____/_____
- b. Zeichensprache auf gewöhnlicher Entfernung _____/_____
- 3. Wiedererkennen der Familienmitglieder, Freunde, Pflegepersonal _____/_____
- 4. Bücher und Zeitungen zu lesen _____/_____
- 5. Fernsehen und Filmen zuzuschauen _____/_____
- 6. Bibliothek zu benutzen _____/_____
- 7. Computer zu benutzen _____/_____
- 8. Telephonieren _____/_____
- 9. Kontakt mit Familienmitgliedern _____/_____
- 10. Kontakt mit Freunden _____/_____
- 11. Kontakt und Kommunikation mit größeren Kindergruppen _____/_____
- 12. Sonstiges _____/_____

B. In Orientierung & Mobilität

- 1. Im Haus und im Hof _____/_____
- 2. In der Nachbarschaft und weiter in der Stadt/Gemeinde _____/_____
- 3. Spazieren gehen, Wandern _____/_____
- 4. Längere Reisen, Auslandsreisen _____/_____
- 5. Training (Sport, Ballet, Orchester, Theater) _____/_____
- 6. Kulturelle Ereignisse, Ausstellungen, Messen _____/_____
- 7. Sonstiges _____/_____

C. In Lebenspraktischen Aktivitäten

- 1. Persönliche Hygiene _____/_____
- 2. Aufgaben im Haushalt _____/_____
- 3. Essen, zu Hause, im Restaurant _____/_____
- 4. Reinigen der Wohnung _____/_____
- 5. Umgang mit Geld, Einkäufe machen _____/_____
- 6. Kleidung in Ordnung halten _____/_____
- 7. Sonstiges _____/_____

D. In Aufgaben die ein länger andauerndes Sehen in der Nähe erfordern (sustained near vision tasks)

- 1. Lesen _____/_____
- 2. Schreiben _____/_____
- 3. Detailaufgaben zu Hause _____/_____
- 4. Detailaufgaben in Schule _____/_____
- 5. Hobbies, Freizeitbeschäftigung _____/_____
- 6. Sonstiges _____/_____

Wenn die Funktionen des Kindes in irgendeiner Aufgabe mehr von einer anderen Behinderung als der Sehbehinderung beeinträchtigt sind, kann man dies hinter der Aufgabe notieren. Zum Beispiel: „Schreiben, mehr durch motorische Beh beeinträchtigt“ oder „Längere Reisen, stärker eingeschränkt wegen der intellektuellen Beh“.