

Name

Vorname

Geburtsdatum

Mail

Telefon (tagsüber erreichbar)

Augengesundheit

Letzte Augenuntersuchung

Augenarzt am _____
 Optometrist am _____

- Diagnose "Trockenes Auge"
- Infektionen/ Entzündungen
- Strabismus (Schielen) oder Augenklappe als Kind
- Katarakt/ IOL
- Glaukom
- Altersbedingte Makuladegeneration
- Operationen/ Verletzungen am Auge _____ Datum
 Art der OP/ Verletzung _____

Brille und Sehleistung

- Keine Korrektur
- Erste Korrektur mit Brille _____ Datum
- Neueste Brille seit _____ Datum
- Brillenstärken kleiner als 5 dpt und Zylinder kleiner 2 dpt
- Annähernd gleiche Sehleistung auf beiden Augen

Allgemeine Gesundheit

- Allergien _____
- Diabetes _____
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen _____
- Rheumatische Erkrankungen _____
- Schilddrüsen-Erkrankungen _____
- Medikamente zur regelmäßigen Einnahme _____
- Medikamente zur Anwendung am Auge _____
- Regelmässige Benutzung von Nachbenetzungs-Mitteln _____

Fragen zu Sehbeschwerden

Bitte das zutreffende Feld ankreuzen

		Ja	Nein
1	Leiden Sie unter müden Augen, wenn Sie lesen oder Naharbeiten durchführen?		
2	Haben Sie innerhalb der ersten Stunde beim Lesen, bei Computerarbeit oder beim TV-Schauen Kopfschmerzen?		
3	Haben Sie innerhalb der ersten Stunde beim Lesen, bei Computerarbeit oder beim TV-Schauen unscharfes Sehen?		
4	Hatten Sie jemals Doppelsehen nach dem Lesen, nach Computerarbeit oder TV-Schauen?		
5	Hatten Sie jemals trockene Augen nach dem Lesen, nach Computerarbeit oder TV-Schauen?		
6	Haben Sie Probleme beim Lesen, bei Computerarbeit oder TV-Schauen?		

Wie stark empfinden Sie visuellen Beschwerden - auf einer analogen Skala bitte mit einer durchgezogenen Linie eintragen

(1 ist sehr wenig und 10 ist am stärksten zutreffend)

Bei Sehaufgaben in der Ferne

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bei Sehaufgaben in der Nähe

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte die jeweils für Sie zutreffenden Felder ankreuzen

	a. Häufigkeit			b. Intensität	
	Nie	Manchmal	Oft oder immer	moderat	stark
1. Haben Sie Kopfschmerzen?					
2. Sind Sie lichtempfindlich? (oft Sonnenbrille tragen oder blinzeln im Licht?)					
3. Haben Sie Probleme beim Blickwechsel von Fern auf Nah oder umgekehrt?					
4. Beim Lesen oder am Computer- verändert oder bewegt sich die Schrift?					
5. Visuelle Anstrengung: Haben Sie müde Augen?					
6. Ist beim Lesen die Schrift unscharf?					
7. Haben Sie brennende Augen?					
8. Doppelt Sehen?					
9. Problem mit Schwindel?					
10. Probleme im Nacken- Schulterbereich?					

Kreuzen Sie bitte bei den nachfolgenden Fragen jeweils nur ein Feld an. Sämtliche 15 Fragen beziehen sich auf den Blick in die Nähe bzw. Computerbildschirm:

		nie	selten	manchmal	oft	immer
1.	Werden Ihre Augen schnell müde?					
2.	Haben Sie ein komisches Gefühl um die Augen?					
3.	Bekommen Sie dann Kopfschmerzen?					
4.	Werden Sie allgemein schnell müde?					
5.	Können Sie sich schlecht konzentrieren?					
6.	Können Sie sich schlecht merken, was Sie gelesen haben?					
7.	Sehen Sie die Schrift beim Lesen doppelt?					
8.	Verschwimmen oder bewegen sich die Worte beim Lesen?					
9.	Haben Sie das Gefühl, dass Sie langsam lesen?					
10.	Tun die Augen beim längeren Lesen weh?					
11.	Fühlen sich die Augen dann entzündet an?					
12.	Haben Sie dann ein ziehendes Gefühl um die Augen herum?					
13.	Verrutschen Sie beim Lesen in den Zeilen?					
14.	Müssen Sie häufig Texte zweimal lesen?					
15.	Sehen Worte verschwommen aus - sind sie mal klarer und mal unklarer?					