

Liebe Kundin, lieber Kunde,
um einen möglichst umfassenden Eindruck der visuellen Schwierigkeiten zu bekommen, bitte ich Sie den Fragebogen durchzulesen, ein paar Tage zu beobachten und anschließend die Fragen zu beantworten.

Datum: _____

Name: _____ Vorname : _____ Geb.: _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

E-Mail: _____ Tel. _____

von wem wurden Sie empfohlen? _____

Hauptproblem: _____

Anamnese

Haben Sie früher geschickt?..... ja nein

Wurde Ihnen früher ein Auge abgedeckt?..... ja nein

Sieht in Ihrer Familie jemand auf einem Auge sehr schlecht?..... ja nein

Haben Sie Augenerkrankungen? grauer Star grüner Star Makuladegeneration ja nein
 sonstige _____

Hatten Sie Augenverletzungen oder Augenoperationen?..... ja nein
Wann? _____ welche? _____

Treten die Beschwerden erst seit kurzer Zeit auf? Seit wann: _____ ja nein

Sind die Beschwerden ganz plötzlich aufgetreten?..... ja nein

Treten die Beschwerden zu bestimmten Zeiten auf? Zu welchen? _____ ja nein

Liegen noch andere Beschwerden/Erkrankungen vor?..... ja nein
Welche: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche? _____ ja nein

Leiden Sie unter Stress Zukunftsängsten andere psychischen Probleme?..... ja nein
Welchen _____

Letzter Termin bei Augenarzt Dr. _____ Datum: _____

Grund: _____ Ergebnis: _____

Anstrengungsbeschwerden

Bitte markieren Sie: ① nie ② manchmal ③ häufig zutreffend

Haben Sie Druck über einem oder beiden Augen bei Nahtätigkeiten Blick in die Ferne?..... 1 2 3

Haben Sie ein Ziehen in den Schläfen bei: Nahtätigkeiten Blick in die Ferne?..... 1 2 3

Sind Sie sehr Lichtempfindlich? Seit wann: _____ 1 2 3

Brennen oder Tränen Ihnen die Augen beim Lesen Fernsehen PC?..... 1 2 3

Haben Sie Rücken- und Nackenverspannungen?..... 1 2 3

Haben Sie häufiger gerötete Augen oder Lidränder?..... 1 2 3

Müssen Sie häufig die Augen reiben oder blinzeln?..... 1 2 3

Müssen Sie ein Auge zukneifen um besser Sehen zu können..... 1 2 3

Sehstörungen

- Sehen Sie manchmal Doppelbilder..... 1 2 3
- Läuft Ihnen ein Auge unkontrolliert in irgendeine Richtung weg?..... 1 2 3
- rechtes Auge linkes Auge in welche Richtung?_____ Sehen Sie dann Doppelt? ja nein
- Sehen Sie dann in der Ferne in der Nähe bei Blickwechsel doppelt?
- Haben Sie das Gefühl die Schilder in der Ferne schwer fixieren zu können..... 1 2 3
- Beginnt der Text bei längeren Lesen an zu flimmern?..... 1 2 3
- Fangen die Buchstaben an zu tanzen und rutschen ineinander?..... 1 2 3
- Verschwinden die Zwischenräume beim Lesen (Wortketten)?..... 1 2 3
- Verlieren Sie schnell die Orientierung im Text, überspringen die Zeilen? 1 2 3
- Bei längerem Lesen halten Sie ein Auge zu oder decken es ab?..... 1 2 3
- Es fällt Ihnen schwer sich bewegende Objekte mit den Augen zu verfolgen?..... 1 2 3
- Erscheint der Text bei längerem Lesen unscharf?..... 1 2 3
- Nach längerem Sehen in die Ferne stellen sich die Augen nur schwer auf die Nähe ein?..... 1 2 3
- Sie können sich nicht sehr lange konzentrieren bei Nahtätigkeit Auto / Kino?..... 1 2 3
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Fangen von Bällen, schlagen daneben?..... 1 2 3
- Gehen Sie bei Nahtätigkeiten sehr dicht an das Lesegut?..... 1 2 3
- Empfinden Sie längeres Lesen als sehr anstrengend?..... 1 2 3
- Leiden Sie unter Schwindel?..... 1 2 3
- Verstehen Sie den Textinhalt besser wenn Sie ihn hören oder Lesen..... 1 2 3

Kopfschmerzen

Wie häufig haben Sie Kopfschmerzen? ca. ____ x pro Woche seit: _____
zu bestimmten Zeiten / Tätigkeiten? _____

- Lesen Computer Autofahren Fernsehen sonst_____
- Morgens Nachts tagsüber zunehmend
- Stirn über den Augen In den Augenhöhlen Schläfen Hinterkopf
- ganzer Kopf migräneartig mit Lichtempfindlichkeit

Blutgruppe: _____ Rhesusfaktor: positiv negativ

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Bringen Sie bitte den Fragebogen zu unserem Messtermin mit.



Hans - Joachim Lippert
Dipl. – Ing.(FH) Augenoptik
Funktionaloptometrist /WVAO / BOAF)

**Einheitliche Optometrie - Funktional Optometrie
Kinder Optometrie - Visualtraining**