

IHRE KONTAKTDATEN

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr. PLZ, Ort

Telefon Mobiltelefon

E-Mail

Welchen Beruf üben Sie aus?

Welche/s Hobby/s betreiben sie?

Wer hat Sie überwiesen/empfohlen?

Um einen umfassenden Eindruck Ihres visuellen Wahrnehmungsvermögens zu erhalten, bitte ich Sie, den Fragebogen sorgfältig und möglichst vollständig zu beantworten. Bei Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

AKTUELLE SITUATION

In welcher Hinsicht macht Ihnen das Sehen Probleme (z.B. beim Lesen, Arbeiten, Autofahren, Tennisspielen usw.)?

.....

.....

.....

.....

HABEN SIE/WURDE FOLGENDES BEOBACHTET

	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
Mein Lese-/Schreibabstand ist recht kurz (weniger als 35 cm)?					
Um gut zu lesen, muss ich das Buch/Blatt dicht an die Augen führen?					
Beim Lesen/Schreiben halte ich den Kopf oder das Blatt schräg?					
Beim Lesen benutze ich gern einen Finger/Lineal?					
Ich kann mir schlecht merken was ich gerade gelesen habe?					
Lesen ist für mich anstrengend/ermüdend (nur wenige Seiten lesbar)?					
Texte muss ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen?					
Buchstaben/Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen?					
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt?					
Ich habe Schwierigkeiten von Nah auf Fern umzustellen?					
Im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief?					
Mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt/enger?					

AKTUELLES BEFINDEN

	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
Schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus?					
Dreht ein Auge weg – nach rechts/links, nach innen/außen?					
Ich muss die Augen öfter reiben?					
Meine Augen brennen oder jucken beim Nahsehen?					
Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer?					
Ich habe oft trockene oder gereizte oder gerötete Augen?					
Ich muss häufig blinzeln (alle paar Sekunden)?					
Meine Augen tränen leicht?					
Um besser zu Sehen, kneife ich die Augen gerne zusammen?					
Ich bin relativ lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht?					
Bei bestimmten Sehaufgaben schließe ich ein Auge zur Erleichterung?					
Beim Autofahren/Bus fahren wird mir leicht übel?					
Ich habe öfter Schmerzen (Druck/Zug) um die Augen?					
Ich habe öfter Schmerzen (Druck/Zug) in den Augenhöhlen?					
Ich habe öfter Migräneanfälle?					

AUTO + VERKEHR

	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
Es fällt mir schwer im Rückspiegel etwas schnell zu erkennen?					
Mitfahrer meinen, ich halte schlecht die Straßenmitte ein?					
Bei Kurven habe ich Probleme?					
Beim Einparken stelle ich hinterher oft falsche Abstände fest?					
Überholvorgänge mache ich eher ungern?					
Bei beginnender Dämmerung werde ich unsicher?					
Ich fahre nicht gerne in der Nacht?					
Nachts habe ich Blendungsprobleme (auch bei Regen)?					
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt?					
Es fällt mir schwer mich in Straßenkarten zu orientieren?					
Es fällt mir allgemein schwer mich irgendwo zu orientieren?					
Ich bremsen oft sehr früh/eher knapp, sagen meine Mitfahrer?					
Ich erkenne Straßenschilder erst relativ spät, gegenüber anderen?					
Es fällt mir schwer den Tacho während der Fahrt abzulesen?					
Gibt Schwierigkeiten bei der Anpassung an die Dämmerung?					

ERGÄNZENDE FRAGEN

	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
Ich verwechsle leicht rechts & links?					
Ich werfe leicht etwas um?					
Ich stolpere gern, ecke öfter mal an oder bleibe irgendwo hängen?					
Ich schüttele beim Eingießen öfter über oder sogar neben das Glas?					
Ich suche häufig etwas, das mir „vor der Nase“ liegt?					
Ich kann mir schlecht etwas merken?					
Ich muss Gebrauchsanweisungen mehrmals lesen um sie zu verstehen?					
Ich lese gern und ausdauernd im Bett?					
Morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen?					
Ich kann frühmorgens meine Zeitung schlechter lesen als mittags?					

ERGÄNZENDE FRAGEN

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Bei wem?

Weshalb?

Gibt es Sehprobleme? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wie äußern sich diese?

Wurden Sie augenärztlich untersucht? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Haben Familienmitglieder Probleme mit der Sehschärfe? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wer?

Welche?

Wurde bei Ihnen ein Hörtest durchgeführt? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

Leiden Sie an Allergien? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

An welchen?

Wurde bei Ihnen eine Gesundenuntersuchung durchgeführt? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

Leiden sie an chronischen Erkrankungen? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

An welchen?

Leiden sie an Magenschmerzen (Übelkeit)? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Wie äußert sich das?

ERGÄNZENDE FRAGEN

Hatten Sie Verletzungen? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Welche?

Leiden Sie an Epilepsie? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Hatten Sie irgendwelche Operationen? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Welche?

Nehmen Sie Medikamente? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Welche und weshalb?

Von wem verordnet?

Wurden Therapien wegen Bewegungs- Seh-, oder Sprechstörungen durchgeführt? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Wann?

Welche?

Von wem verordnet/durchgeführt?

Sonstige Auffälligkeiten:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ort, Datum

Unterschrift