

IHRE KONTAKTDATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Website

Welche Sportart üben Sie aus?

Mit welchem Alter begannen Sie diesen Sport auszuüben?

Name des Trainers/der Trainerin:

bzw. Name des Lehrers/derLehrerin:

Schulstufe:

Welche Hobbys üben Sie aus?

Wer hat Sie überwiesen/empfohlen?

Dieser Fragebogen ist speziell für Sportler entwickelt. Er dient zur Evaluierung Ihres visuellen Seh- und Wahrnehmungsvermögens. Unser Ziel ist es, Sie so zu unterstützen dass Sie Ihr gesamtes visuelles Potential nützen können. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen so ausführlich wie möglich. Bei Unklarheiten stehe ich Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

MEDIZINISCHE BETREUUNG

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

Bei wem?

Weshalb?

Wer betreut Sie sportmedizinisch?

Seit wann?

Wann wurde bei Ihnen die letzte sportmedizinische Untersuchung durchgeführt?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder ?

Sind Sie Rechts- oder Linksfüßig ?

ZUR SEHFÄHIGKEIT

Haben Sie Sehprobleme? Ja , Nein , wenn „Ja“: Welche?

.....
.....

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

Welche?

.....
.....

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

Erste Untersuchung: Wann?

Von wem?

.....
.....

Letzte Untersuchung: Wann?

Von wem?

Mit welchem Ergebnis?

.....
.....

Tragen Sie eine Brille? Ja , Nein , wenn „Ja“: Seit wann?

Von wem verordnet?

.....
.....

Tragen Sie beim Sport eine Brille? Ja , Nein

.....
.....

Tragen Sie Kontaktlinsen? Ja , Nein

.....
.....

...☞ Wenn „Ja“:

Seit wann?

Von wem angepasst?

.....
.....

Tragen Sie im Augenblick Kontaktlinsen? Ja , Nein

Welche Art von Kontaktlinsen? formstabile, flexible Kontaktlinsen , weiche Kontaktlinsen ,

Tauschsysteme: monatlich , 14-täglich , täglich

.....
.....

Welches Pflegemittel verwenden Sie?

Tragen Sie beim Sport eine Kontaktlinsen? Ja , Nein

Tragen Sie täglich Kontaktlinsen? Ja , Nein

Tragen Sie beim Schlafen Kontaktlinsen? Ja , Nein

Wann wurde die letzte Kontaktlinsenkontrolle durchgeführt?

Von wem?

.....
.....

Bitte beschreiben Sie mir Ihre Kontaktlinsenprobleme mit den derzeit getragenen Kontaktlinsen:

.....
.....

...☞ Wenn „Nein“:

Wenn Sie aktuell keine Kontaktlinsen tragen, haben sie jemals Kontaktlinsen getragen? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Wieso haben Sie das Tragen von Kontaktlinsen abgebrochen?

.....
.....

BEI DER AUSÜBUNG DES SPORTS

Sehen Sie immer unscharf? Ja , Nein , wenn „Ja“:

in der Nähe , in der Ferne

	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
Sehen Sie unscharf bei der Ausübung des Sports?					
Gibt es Leistungsschwankungen bei den Wettbewerben ?					

Bitte beschreiben Sie die auftretenden Unschärfen beim Sehen:

Haben Sie das Gefühl manchmal doppelt zu sehen? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Wobei bemerken Sie es? in der Nähe , in der Zwischendistanz , in der Ferne

Bei der Ausübung des Sports? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Wobei bemerken Sie es noch?

Hatten Sie jemals das Gefühl, dass es schwierig ist die Augen auf einem bewegten Objekt zu halten (z.B. Ball)?

Ja , Nein , wenn „Ja“: Bitte erklären Sie es an einem konkreten Beispiel?

Bemerkten Sie Leistungsschwankungen bei Wettbewerben (z.B. beim Spiel, Rennen usw.)? Ja , Nein

Ist die Leistung meist konstant bei Wettbewerben? zu Beginn , in der Mitte , im letzten Drittel , immer konstant

Die Leistung bleibt auch in kritischen Situationen während des Wettbewerbs stabil? Ja , Nein

Ist die Leistung immer konstant, gleichgültig ob der Wettbewerb abends oder tagsüber stattfindet? Ja , Nein

Sie ...	Ja	Häufig	Manchmal	Weiß nicht	Nein
verwechseln Zahlen wie z. B. „78 und 87“?					
verwechseln Buchstaben wie „b & d“, „p & q“, „m & n“ usw.?					
haben eine schlechte Raumaufteilung bei Zeichnungen/Zahlen?					
verwechseln „rechts und links“?					
sind lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht?					
Ausdauernde Konzentration fällt Ihnen schwer?					

Haben Sie Augenbrennen oder -jucken beim Nahsehen? Ja , Nein

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?

Mit welchem Ergebnis?

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

An welchen?

Welche Verletzungen hatten Sie?

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

Welche & weshalb?

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

Welche?

Welche Nahrungsergänzungstoffe werden genommen?

Von wem verordnet?

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ort, Datum

Unterschrift