

## IHRE KONTAKTDATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

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

Das größte Sehproblem ist?

Mit welchem Alter ist dies zum ersten Mal aufgetreten?

Ist es jetzt auch noch vorhanden? Ja , Nein

Mit welchem Alter ist das „Schielen“ zum ersten Mal aufgetreten?

Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Einfachsehen von Gegenständen? Ja , Nein , wenn „Ja“:

Bei welchen Gelegenheiten?

Welches Auge schielt(e) oder rutscht(e) weg? rechtes , linkes , beide

In welche Richtung rutscht(en) das (die) Auge(n)?

## WELCHE BEHANDLUNGEN WURDEN DURCHGEFÜHRT

Mit welchem Alter wurde die erste Behandlung durchgeführt?

Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

a) Wurde eine Brille eine verordnet? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

Wurde(n) diese Brille(n) getragen? Ja , Nein , wenn „Ja“: Von/bis:

Welche Art von Brille wurde verordnet? Ferne , Nähe , Bifokal , Prismenbrille , Prismenfolie

b) Welche Art von Brille wurde verordnet? Ja , Nein , wenn „Ja“: Welches?

rechtes , linkes , abwechselnd

c) Über welchen Zeitraum wurde angeklebt? Von/bis:

Wie oft in der Woche wurde abgeklebt (Tage)?

d) Wurden Tropfen verordnet? Ja , Nein

e) Wurden irgendwelche Übungen gemacht? Ja , Nein

## WELCHE BEHANDLUNGEN WURDEN DURCHGEFÜHRT

f) Wurde eine Operation durchgeführt? Ja , Nein , wenn „Ja“: Wann?

g) Keine der hier angeführten Behandlungen? Sondern:

Wer hat die Behandlung verordnet?

Wann war der letzte Augenarztbesuch?

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Ort, Datum

Unterschrift