

Optometrische Messungen

Fragebogen für Erwachsene

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie haben sich bei uns zu einer optometrischen Augenmessung angemeldet. Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen. Damit wir die ausführliche Messung so effizient wie möglich machen können, sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie die unten aufgeführten Fragen beantworten und dieses Blatt zur Messung mitbringen.

Name:	. Voi	rname:	Geburtsdatum:	
Strasse:	. PLZ	Z/ Ort:	Telefon P:	
Tätigkeit:	. Tel	efon G:	E-Mail:	
Grund des Besuchs: □ Wunsch nach neuer Brille □ Schlechtes Seh	en 🗆	Anstrengungsbeschwerden ☐ Sehst	örungen 🛭 Kopfs	schmerzen
☐ Empfehlung:		☐ Sonstiges:		
Vorgeschichte: Sind Sie schon beim Augenarzt gewesen ?	□ Ja, l	letztmals am bei		🗖 Nein
Wurden Sie schon in der Sehschule behandelt?		und zwar vonbis		🗖 Nein
Haben Sie schon eine Brille getragen ?		und zwar von bis		🗖 Nein
Haben Sie schon Contactlinsen getragen ?		und zwar von bis		🗖 Nein
Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt ?		und zwar von bis		🗖 Nein
Wurden Sie an den Augen operiert ?		und zwar wegen	im Jahre	. 🔲 Nein
Hauptbeschwerden:				
□ Kopfschmerzen□ Migräne□ Probleme beim Lesen	☐ Ja:	 selten O häufig: mal pro W selten O häufig: mal pro W Buchstaben tanzen O weglasser Wörter überspringen O Zeilenwe Schrift ist unruhig O verwech Schrift verschwimmt O braucht 	oche/Monat/Jahr n von Endungen chsel schwierig iselt Buchstaben	□ Nein □ Nein □ Nein
☐ Probleme beim Schreiben	□ Ja:		reibeprobleme	□ Nein
☐ Feinmotorische Probleme	□ Ja:		basteln	☐ Nein
☐ Koordinations- Probleme / Geschicklichkeit	□ Ja:	5	fin dliablesit	□ Nein
□ Augenprobleme	□ Ja:	O Brennen O Tränen O Lichtemp O Augenreiben O Unschärfe bei D		□ Nein
☐ Anstrengung / Ermüdung	□ Ja:	 Konzentrationsschwierigkeiten Müde Augen beim Fernsehen		□ Nein
☐ Autofahren	□ Ja:	_		□ Nein







Steistegstrasse 7, 6430 Schwyz **(** + 41 41 811 77 79







Augenblicklich gut beraten

Voruntersuchungen Sind Sie wegen Ihren (Seh-)Beschwerden: bei Ihrem Hausarzt gewesen ?		Ja, letztmals am		bei	ı	□ Nein
bei einem Spezialarzt gewesen ?		Ja, letztmals am		bei		□ Nein
Wurden Spezialabklärungen (EEG, CT) gemacht ?	? 🗖	Ja, und zwar				□ Nein
Nehmen Sie Medikamente ein ?		Ja, und zwar				☐ Nein
Behandlungen und Therapien Legasthenie bei Ergotherapie bei Logopädie bei	_ 	Ja, und zwar von		bis [bis [bis	□ Nei □ Nei □ Nei □ Nei □ Nei	in in in
Finverständnis für ontometrische Messungen	Da	tum	Unterschri	ft•		









