

Fragebogen bei Schleudertrauma/Schädel-Hirntrauma

Name:..... Vorname:..... Geb. Datum:.....

Adresse:..... PLZ/Ort:..... Tel:.....

E-Mail:.....@.....

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen fertig ausgefüllt und Unterschrieben zur ersten Messung bei AugenoptiKeller in Schwyz mit. Machen Sie bitte bei jeder Frage mindestens ein Kreuz, auch mehrere Kreuze sind möglich.

1. Unfallhergang:

Welche Art von Unfall löste bei Ihnen die Probleme aus?

- Autounfall Motorradunfall Velounfall Sportunfall
 Arbeitsunfall andere

Beschreiben Sie bitte kurz den Unfallhergang

Datum:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Welche Untersuchungen wurden auf Grund des Unfalles bereits gemacht?

- MRI Computer Tomogramm Röntgen Hausarzt Spezialarzt
 Neurologe Psychiater/Psychologe Naturheilarzt

Welche ärztlichen Diagnosen wurden bei Ihnen bisher gestellt?

.....

3. Bestehen bei Ihnen körperliche Einschränkungen / Behinderungen?

- Lähmungen Prothesen Missbildungen andere:

Wenn ja, welche:

4. Welche Therapien oder Behandlungen wurden auf Grund des Unfalles bereits gemacht, oder werden im Moment gemacht? Unterstreichen Sie die noch laufenden Therapien zusätzlich.

- Physiotherapie Osteopathie Manualtherapie Chiropraktik
 Kraniosacraltherapie Kinesiologie Massage Ergotherapie
 Homöopathie Psychotherapie Trauma - Therapie Akupunktur
 Hypnose andere:



5. Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der derzeit ausgeübten Tätigkeit eingeschränkt?
 Nein Ja.

Wenn ja, welche Tätigkeit/en fallen Ihnen besonders schwer?

.....
.....

Können Sie diese Einschränkungen im Gesamten an Hand einer Skala von 1 bis 10 bewerten?

Skalierung: oder Bewertung nicht möglich. (1 = geringfügig, 10 = arbeitsunfähig)

Wurde Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt attestiert?

- Nein Ja

Wenn ja, zu welcher Prozentzahl?%

6. Welches ist Ihre derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit?

.....

7. Wurden Sie schon einmal von einem Augenarzt untersucht?

- Nein Ja, das letzte Mal am von Dr. in.....

8. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

- Nein Ja nur für die Ferne nur zum Lesen immer

Wann haben Sie Ihre erste Brille/Kontaktlinsen bekommen?Jahr

Wann wurden Ihre Augen das letzte Mal untersucht?

Datum: Und von welcher Fachperson wurde die Untersuchung durchgeführt? Augenarzt Augenoptiker

9. Haben Sie schon einmal eine Sehschule besucht?

- Nein Ja ein Auge wurde zeitweise abgeklebt

Wann: Von bis

10. Hatten Sie schon Operationen, starke Entzündungen oder Verletzungen an Ihren Augen?

- Nein Ja und zwar folgende:

.....
.....

11. Befinden Sie sich momentan in augenärztlicher Behandlung?

- Nein Ja

12. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?

- Nein Ja, und zwar folgende:

13. Nehmen Sie momentan homöopathische oder pflanzliche Mittel ein?

- Nein Ja, und zwar folgende:



14. Nehmen Sie momentan Vitamine/Spurenelemente oder Nahrungsergänzungen ein?
 Nein Ja, und zwar folgende:
15. Haben Sie Kopfschmerzen?
 Nein Ja
- Wenn ja, wie oft? täglich 1-4 x in der Woche 1 x im Monat weniger
- Wo sind die Schmerzen? Stirnbereich Schläfen rechts Schläfen links
 Hinterkopf Scheitel hinter den Augen
- Wann treten die Schmerzen auf? Morgens Abends nur bei Stress
 nur am Wochenende oder in den Ferien ganz unterschiedlich
16. Haben Sie Migräne?
 Nein Ja
- Wenn ja, wie oft? täglich 1-4x in der Woche 1x im Monat weniger
- Mit Aura (Sehstörungen vor den Kopfschmerzen)? Nein Ja
- Mit Übelkeit und Übergeben? Nein Ja
- Mit ausgeprägter Lichtempfindlichkeit? Nein Ja
17. Wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit in die Ferne (weiter als 4m) mit ihrer aktuellen Brille/Kontaktlinsen beschreiben?
 deutlich unscharf schwankend unruhig / tanzend Doppelbilder
- Wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit in die Ferne (weiter als 4m) ohne ihre aktuelle Brille/Kontaktlinsen beschreiben?
 deutlich unscharf schwankend unruhig / tanzend Doppelbilder
- Wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit in die Nähe (Lesen, Schreiben und Computer) mit ihrer aktuellen Brille/Kontaktlinsen beschreiben?
 deutlich unscharf schwankend unruhig / tanzend Doppelbilder
- Wie würden Sie Ihre Sehfähigkeit in die Nähe (Lesen, Schreiben und Computer) ohne ihre aktuelle Brille/Kontaktlinsen beschreiben?
 deutlich unscharf schwankend unruhig / tanzend Doppelbilder
18. Werden Sie schnell müde oder bekommen Sie Kopf- oder Augenschmerzen beim:
 Lesen Schreiben Computerarbeit Fernsehen Autofahren
19. Haben Sie manchmal Augenschmerzen?
Wie würden Sie diese beschreiben: Druck Stechen
- Haben Sie Schmerzen wenn Sie Ihre Augen bewegen?
 Nein Ja, wenn ich nach rechts links oben unten
 in die Nähe schaue



20. Sind Sie Lichtempfindlich?

- Nein Ja

Wenn ja, wo? Im Freien nur bei schönem Wetter Im Freien immer
 bei künstlicher Beleuchtung z.B. Einkaufscenter

21. Sehen Sie Dinge (Gegenstände, Personen u.s.w.) manchmal nicht oder später als andere Personen?

- Nein Ja

Verschwinden beim Lesen Buchstaben oder ganze Wörter?

- Nein Ja

22. Leiden Sie unter Gleichgewichts und/oder Bewegungsstörungen?

- Nein Ja

Wenn ja, dann Beschreiben Sie bitte kurz die Störungen:

.....
.....
.....

23. Welche Körperhaltung ist Ihnen am bequemsten?

- stehen laufen rennen drehen tanzen sitzen liegen

In welcher Körperhaltung haben Sie am wenigsten Schmerzen?

- stehen laufen rennen drehen tanzen sitzen liegen

24. Wie würden Sie Ihren Schlaf bezeichnen?

- gut schlecht zu kurz mühe am Morgen aufzustehen tief
 oberflächlich unruhig

Wie würden Sie Ihren Schlafrhythmus bezeichnen?

- Durchschlafen häufiges Erwachen
 1 Schlafphase in 24 Stunden mehrere Schlafphasen in 24 Stunden
 ich schlafe meistens in der Nacht ich schlafe vor allem am Tag

Welche Schlafgewohnheiten haben Sie?

- Ich brauche Licht zum Einschlafen Ich brauche Licht zum Schlafen
 Ich brauche Musik zum Einschlafen Ich brauche Musik zum Schlafen
 Ich muss etwas halten zum Einschlafen / Schlafen
 Andere Gewohnheiten:

25. Leiden Sie an psychosomatischen Störungen (Probleme ohne bekannte Ursache)?

- Nein
 Bauchschmerzen Verdauungsprobleme Essstörungen
 Andere:

26. Haben Sie seit dem Unfall neue oder andere Hobbys / Aktivitäten begonnen?

- Nein Ja, und zwar



27. Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen?

- Nein Ja

28. Haben Sie seit dem Unfall psychische Probleme?

- Nein Ja

Wenn ja, welche? Depressionen Manisch-depressiv Alpträume
 Ängste Stimmen hören Halluzinationen Schizophrenie Burn-out
 Borderline-Störung Andere

Zusätzliche Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bringen Sie bitte eine Kopie aller bisherigen Untersuchungs- oder Abklärungsberichte zur ersten Messung mit.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass bei mir alle notwendigen optometrischen Messungen durchgeführt werden dürfen:

Ort, Datum:, Unterschrift: