

Optometrische Messungen

Fragebogen für Erwachsene mit Verdacht auf Winkelfehlsichtigkeit

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Sie haben sich bei uns zu einer optometrischen Kontrolle 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: Vorname: Geburtsdatum:
 Strasse: PLZ/ Ort: Telefon P:
 Tätigkeit: Telefon G: E-Mail:

Grund des Besuchs:

- Wunsch nach neuer Brille Schlechtes Sehen Anstrengungsbeschwerden Sehstörungen Kopfschmerzen
 Empfehlung: Sonstiges:

Vorgeschichte:

- Sind Sie schon beim Augenarzt gewesen ? Ja, letztmals am bei Nein
 Wurden Sie schon in der Sehschule behandelt ? Ja, und zwar von bis Nein
 Haben Sie schon eine Brille getragen ? Ja, und zwar von bis Nein
 Haben Sie schon Contactlinsen getragen ? Ja, und zwar von bis Nein
 Wurde schon einmal ein Auge / Glas abgeklebt ? Ja, und zwar von bis Nein
 Wurden Sie an den Augen operiert ? Ja, und zwar wegen im Jahre..... Nein

Hauptbeschwerden:

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> häufig: mal pro Woche/Monat/Jahr | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> häufig: mal pro Woche/Monat/Jahr | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Lesen | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> Buchstaben tanzen <input type="radio"/> weglassen von Endungen <input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Wörter überspringen <input type="radio"/> Zeilenwechsel schwierig
<input type="radio"/> Schrift ist unruhig <input type="radio"/> verwechselt Buchstaben
<input type="radio"/> Schrift verschwimmt <input type="radio"/> braucht Lineal/Finger | |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim Schreiben | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> unschöne Schrift <input type="radio"/> Rechtschreibprobleme <input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Probleme beim Abschreiben gegen Ende | |
| <input type="checkbox"/> Feinmotorische Probleme | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> ausmalen <input type="radio"/> ausschneiden <input type="radio"/> basteln <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> Koordinations- Probleme / Geschicklichkeit | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> Ballfangen <input type="radio"/> Federballspiel <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> Augenprobleme | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> Brennen <input type="radio"/> Tränen <input type="radio"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Augenreiben <input type="radio"/> Unschärfe bei Distanzwechsel | |
| <input type="checkbox"/> Anstrengung / Ermüdung | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> Konzentrationsschwierigkeiten <input type="radio"/> Rasche Ermüdung <input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Müde Augen beim Fernsehen | |
| <input type="checkbox"/> Autofahren | <input type="checkbox"/> Ja: <input type="radio"/> Distanzen einschätzen <input type="radio"/> Schilder lesen <input type="checkbox"/> Nein
<input type="radio"/> Mühe Nachts oder bei Dämmerung | |

Voruntersuchungen

- Sind Sie wegen Ihren (Seh-)Beschwerden:
- bei Ihrem Hausarzt gewesen ? Ja, letztmals am bei 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

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Legasthenie bei | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar von bis | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie bei | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar von bis | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Logopädie bei | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar von bis | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar von bis | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar von bis | <input type="checkbox"/> Nein |

Einverständnis für optometrische Messungen: Datum: Unterschrift:

AUGENOPTIKELLER · Brillen und Contactlinsen-Praxis AG

Urs Keller · Optometrist FAAO · M.S. in Clinical Optometry · Funktional-Optometrist
 Steistegstrasse 7 · 6430 Schwyz · Telefon 041 811 77 79 · Telefax 041 813 06 02
 info@augenoptikeller.ch · www.augenoptikeller.ch