

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Telefon
Beruf	Mail

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zurück. (Frankierter Rückumschlag liegt bei.)
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu,
Ihnen eine optimale visuelle Analyse zu liefern.

Optometrischer Augencheck Fragebogen

Grund des Besuchs	<input type="checkbox"/> Empfehlung von:		<input type="checkbox"/> Wunsch nach neuer Brille oder Kontaktlinsen	
Letzte Augenüberprüfung	Wann wurden Ihre Augen zum letzten Mal getestet?	Datum:	Bei wem:	
Augenarzt	Befinden Sie sich aktuell in augenärztlicher Behandlung?	Name des Augenarztes:	Wann war Ihre letzte augenärztliche Kontrolle?	Datum:
Behandlungen	Sind Sie aktuell in Behandlung? Name Arzt:	<input type="checkbox"/> Allgemeinarzt <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Orthopäde	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Physiotherapeut	
Augen-Operationen	Sind Sie schon einmal am Auge operiert worden? <input type="checkbox"/> rechtes Auge <input type="checkbox"/> linkes Auge	<input type="checkbox"/> Netzhaut <input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> Augenlinse	<input type="checkbox"/> Lasik <input type="checkbox"/> Schiel-Operation	Datum:
Augen-Gesundheit	Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Nickelallergie	<input type="checkbox"/> Andere
Allgemein-Erkrankungen	Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf <input type="checkbox"/> Rheuma / MS	
Medikamente	Benützen Sie aktuell Augentropfen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nehmen Sie aktuell andere Medikamente ein? Name:		
Hobby	Haben Sie spezielle Anforderungen an Ihre Brille oder Linsen beim Hobby?			
Kontaktlinsen	Tragen Sie Kontaktlinsen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wie häufig pro Woche?	Wie viele Stunden?	
Sonnenschutz	Sind Sie lichtempfindlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verwenden Sie eine Sonnenbrille?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Augen-Schmerzen	Leiden Sie aktuell an Augen-Schmerzen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Tränende Augen <input type="checkbox"/> Rötungen der Augen <input type="checkbox"/> Blitze / Doppelbilder	Wie häufig kommen die Schmerzen? Haben Sie auch Schmerzen im Urlaub? Wie lange dauern die Schmerzen?	
Kopf-Schmerzen	Leiden Sie aktuell an Kopf-Schmerzen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel / Migräne <input type="checkbox"/> Anstrengungsprobleme	Wie häufig kommen die Schmerzen? Haben Sie auch Schmerzen im Urlaub? Wie lange dauern die Schmerzen?	
Rücken-Schmerzen	Leiden Sie aktuell an Rücken-Schmerzen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Schwindel <input type="checkbox"/> Anstrengungsprobleme	Wie häufig kommen die Schmerzen? Haben Sie auch Schmerzen im Urlaub? Wie lange dauern die Schmerzen?	
Sehprobleme	Haben Sie Sehprobleme bei folgenden Tätigkeiten?	<input type="checkbox"/> Autofahren / Fernsehen	<input type="checkbox"/> PC-Arbeit	<input type="checkbox"/> Lesen
Sehprobleme Bitte bewerten Sie Ihre Beobachtungen: 1 = nie 2 = selten 3 = manchmal 4 = oft 5 = immer	Naharbeit strengt an Pausen beim längeren Lesen nötig Brennende Augen beim Lesen Zukneifen von einem Auge beim Lesen Überspringen von Zeilen beim Lesen schlechte Konzentrationsfähigkeit Lesen mit Finger oder Lineal Schnelle Ermüdung der Augen	Müde Augen bei der Arbeit am PC Probleme bei Blickwechsel von Ferne auf Nähe Schiefe Kopfhaltung beim Lesen/Schreiben Nach dem Lesen Druckgefühl um die Augen Starke Blendung nachts beim Autofahren Probleme beim Einschätzen von Entfernungen Probleme beim Ball fangen		
Bisherige Brillen	Welche Brillen verwenden Sie aktuell?	<input type="checkbox"/> Fernbrille <input type="checkbox"/> Nahbrille	<input type="checkbox"/> Computerbrille <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille	<input type="checkbox"/> Sonnenbrille <input type="checkbox"/> Sportbrille
Bemerkungen				
Datenschutz	Sollen wir die Testergebnisse des optometrischen Augenchecks an Ihren Arzt übermitteln?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Unterschrift: