

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Telefon
Beruf	Mail

Bitte bringen Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem Termin mit.  
Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu,  
Ihnen ein optimale visuelle Analyse zu liefern.

## Optometrischer Augencheck Fragebogen

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