

Name

Fragebogen für die Anpassung vergrößernder Sehhilfen

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin,

bei der Anpassung von vergrößernden Sehhilfen ist es sehr wichtig auf Ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen.

Dazu möchten wir Sie um einige Informationen über Ihr persönliches Umfeld bitten. So können wir gezielter geeignete Sehhilfen oder weiterführende Maßnahmen für Sie auswählen.

Welche Sehaufgaben sind Ihnen wichtig?

	Sehr wichtig	Wichtig	Nicht wichtig
Zeitung lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotos und Bilder ansehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzworträtsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beipackzettel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontoauszüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straßenschilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrpläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preisschilder beim Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Hobbies haben Sie?			

Haben Sie schon einmal eine Beratung für vergrößernde Sehhilfen bekommen?

- Nein Augenarzt Optiker Beratungsstelle

Hat sich Ihrer Meinung nach Ihre Sehschärfe im letzten Monat wesentlich verschlechtert?

- Ja Teilweise Nein

Haben Sie das Gefühl, dass Sie an manchen Tagen wesentlich besser sehen als an anderen Tagen?

- Ja Teilweise Nein

Haben Sie Probleme Farben zu erkennen?

- Ja Teilweise Nein

Haben Sie Schwierigkeiten beim Fernsehen?

- Ja Teilweise Nein

Können Sie die Zeitungsüberschriften lesen?

- Ja Teilweise Nein

Haben Sie in den letzten 6 Monaten ein Buch gelesen?

- Ja Teilweise Nein

Können Sie Ihre Korrespondenz (Bankauszüge, Briefe) selbst lesen und bearbeiten?

- Ja Teilweise Nein

Finden Sie sich in Ihrem Bad selbständig zurecht?

- Ja Teilweise Nein

Führen Sie Ihren Haushalt noch selber?

- Ja Teilweise Nein

Fahren Sie noch selber Auto?

- Ja Teilweise Nein

Haben Sie Schwierigkeiten alleine aus dem Haus zu gehen und sich in unbekannter Umgebung zurechtzufinden?

- Ja Teilweise Nein

Erkennen Sie Gesichter ihrer Mitmenschen auf der anderen Straßenseite?

- Ja Teilweise Nein

Erkennen Sie die Fußgängerampel gut?

- Ja Teilweise Nein

Fühlen Sie sich unsicher, eine Straße alleine zu überqueren?

- Ja Teilweise Nein

Fällt Ihnen beim Einkaufen das Lesen der Preisschilder schwer?

- Ja Teilweise Nein