

Fragebogen für Erwachsene



Für eine umfassende Beurteilung benötigen wir Ihre Mithilfe.
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus und senden Sie ihn uns
per Post zu oder geben Sie ihn persönlich bei uns ab.

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____

Geburtstag: _____
Telefon privat: _____
Telefon mobil: _____

Wann war die letzte Augenarzt-Untersuchung: _____
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

- Haben Sie einen kurzen Lese- und Schreibabstand?
- Drehen Sie beim Lesen/Schreiben den Kopf/ das Buch/ das Blatt
- Gebrauchen Sie beim Lesen eine Lineal oder Finger?
- Ist Lesen für Sie anstrengend und/oder macht müde?
- Muss der Text mehrfach gelesen werden, um die Inhalte zu verstehen?
- Verschwimmen Buchstaben oder Zahlen?
- Erscheinen Buchstaben oder Zahlen zeitweise doppelt?
- Ist es schwierig von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt)?
- Haben Sie öfters Kopfschmerzen im Stirn- oder Schläfenbereiche?
- Sind Sie lichtempfindlich?
- Strengt Sie Computerarbeit an?

ja	nein

- Kommt es vor, dass
- Sie rechts und links verwechseln?
 - Sie stolpern oder anecken?
 - Sie leicht etwas umwerfen?
 - das Entfernungs-Einschätzen schwer fällt?
 - bei Müdigkeit ein Auge wegdreht?
 - sich bei Müdigkeit die Augenstellung verändert?
 - Sie trockene oder gereizte Augen haben?
 - öfters Buchstaben verwechseln?
 - Sie beim Lesen ein Auge zuhalten?

Gibt es in Ihrer Familie Augenfehler?
Welche? _____

Leiden Sie an chronischen Krankheiten?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
Wieviele Stunden verbringen Sie täglich mit Nahtätigkeiten?

