

SICHTBETONT CITY

BURG-ISCHWANG BRILLEN CONTACTLINSEN OPTOMETRIE



Optometrie & Contactlinsen **Sichtbetont** Burg Ischwang

Willkommen in unserem Hause. Um Ihre visuelle Wahrnehmung, Ihren Contactlinsen Tragewunsch und Ihre Augengesundheit optimal zu betreuen, bitten wir Sie folgenden Fragebogen genau auszufüllen. Unser Ziel ist die maximale Augengesundheit, optimaler Tragekomfort, beste visuelle Leistung. Dazu dienen alle folgenden Fragen:

Name	Tel.
Strasse	e-mail
PLZ & Ort	Handy
Geburtstag	Beruf

Wurden Sie uns empfohlen? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, wem dürfen wir für diese Empfehlung danken? _____.

Warum wollen Sie Contactlinsen tragen? _____.

Betreiben Sie einen Sport bei dem Sie Ihre Contactlinsen tragen wollen? Ja 0 Nein 0

Wenn ja, welchen? _____.

Gibt es andere Gelegenheiten wo Sie Contactlinsen tragen wollen? _____.

Wann war Ihre letzte Augenuntersuchung? _____. Durch wen erfolgte diese? _____.

Wurde nur die Brillenstärke bestimmt, oder wurden auch die Augen untersucht oder der Augendruck gemessen? Nur Brillenstärke 0 Augengesundheit auch untersucht 0

Tragen Sie ständig Brille 0 ab & zu Brille 0 Contactlinsen 0 ab & zu Contactlinsen 0

Wenn Sie schon Contactlinsen tragen, wie zufrieden sind Sie mit Ihren Contactlinsen?

Vergeben Sie eine Note von 1 (Sehr gut) bis 6 (ungenügend) ____.

Wenn Sie nicht zufrieden sind, was ist der Grund? _____.

Wie viele Stunden können Sie Ihre bisherigen Linsen komfortabel tragen? ____Std.

Welchen Linsentyp, bzw welche Marke haben Sie bisher getragen? _____.

Alter der bisherigen Linsen/ oder Wechselrythmus _____.

Welche Pflegeprodukte haben Sie bisher verwendet? _____.

Wer hat Ihnen Ihre letzten Contactlinsen verordnet/angepasst? _____.

Augengesundheit:

Hatten Sie schon einmal eine Erkrankung oder Verletzung am Auge ,die behandelt werden musste, wenn ja welche? _____.

Sind Sie schon einmal an den Augen operiert worden, wenn ja, warum? _____.

Sind Sie derzeit in augenärztlicher Behandlung, wenn ja, warum? _____.

Bitte kreuzen Sie an ob Sie oder jemand in Ihrer Familie jemals eine der folgenden Befunde hatte und wer dies war (Sie selbst, Eltern, Großeltern, Geschwister, Onkel, Tanten, Kinder)

Hoher Sehfehler (5dpt oder mehr) 0 _____. Schielen 0 _____. Erblindung 0 _____.
Glaukom (grüner Star) 0 _____. Katarakt (Grauer Star) 0 _____. Keratokonus 0 _____.
Keratoplastik 0 _____. Lasik 0 _____. Netzhautablösung 0 _____.
Macula Degeneration 0 _____. HIV 0 _____. Diabetis 0 _____.
Bluthochdruck 0 _____. Herz Probleme 0 _____. Arthritis 0 _____.
Schilddrüse 0 _____. Schlaganfall 0 _____.
Haben Sie Allergien? Ja 0 Nein 0 Wenn ja, welche? _____.

Bitte geben Sie alle Medikamente, Vitamine oder andere pharmazeutischen Produkte die Sie derzeit einnehmen an, auch diese können Ihre Augen & Contactlinsen beeinflussen:

Produkt	Dosis	Einnahme für welche Indikation

Ihr Sehen, Augensymptome:

Arbeiten Sie am Bildschirm ? Ja 0 Nein 0 Wenn ja, wie viele Stunden am Tag ? _____Std.
 Welche Entfernung zu Ihren Augen hat der Bildschirm ? _____cm
 Haben Sie bei der Bildschirmarbeit Probleme ? Ja 0 Nein 0 Wenn ja, welche ? _____.
 Haben Sie gelegentlich folgende Beschwerden oder Sehstörungen ?
 Kopfschmerzen Ja 0 Nein 0 Wenn ja, wie häufig ? _____ Bei welchen Tätigkeiten ? _____
 Zu welcher Tageszeit ? _____ In welchem Bereich des Kopfes ? _____
 Kopfdruck Ja 0 Nein 0 Migräne Ja 0 Nein 0 Wenn ja, wie häufig _____
 Schwindel Ja 0 Nein 0 Wetterfühlig Ja 0 Nein 0
 Konzentrationsfähigkeit Gut 0 Schlecht 0 Ermüden bei Konzentration _____
 Lichtempfindlichkeit bei Sonne oder Schnee Ja 0 → ausgeprägt ? Ja 0 Nein 0
 Haben Sie Nachts im Straßenverkehr Probleme ? Ja 0 Nein 0
 Fahren Sie Nachts ungern ? Ja 0 Nein 0
 Werden Sie Nachts stark geblendet ? Ja 0 Nein 0
 Sehen Sie Nachts schlechter ? Ja 0 Nein 0

Haben Sie bei sich schon einmal folgende Augensymptome festgestellt ?

Hohe Lichtempfindlichkeit 0 Juckreiz 0 Trockengefühl 0 Sandgefühl 0 Brennen 0
 Sind Sie jemals wegen trockener Augen behandelt worden ? _____
 Leiden Sie an Hautkrankheiten ? _____
 Leiden Sie unter Trockenheit der Nasenschleimhaut oder von Mund und Rachen ? _____
 Stellen Sie eine Empfindlichkeit gegenüber Zigarettenrauch, Klimaanlage, Zentralheizungen fest ?
 Ja 0 Nein 0 mit Contactlinsen mehr als ohne ? Ja 0 Nein 0
 Haben Sie Beschwerden nach dem Duschen, Baden oder dem Schwimmbadbesuch ? _____
 Bekommen Sie trockene oder entzündete Augen nach dem Genuss von Alkohol ? Ja 0 Nein 0
 Wachen Sie manchmal morgens mit entzündeten Augen auf ? Ja 0 Nein 0
 Ist Ihnen bekannt, ob Sie manchmal mit nur teilweise geschlossenen Augen schlafen ? Ja 0 Nein 0

	Ja	Nein	Erklärung
Verschwimmen o. Doppelsehen?			
Probleme beim Ball fangen?			
Können Sie gut Entfernungen schätzen ?			
Häufiges Anstoßen? auch als Kind			
Ausfall des seitlichen Sehens?			
Rötung der Augen?			
Augenbrennen?			
Tränen, Wässern der Augen?			
Augenschmerzen?			
Chronische Reizung der Lider			
Blitze o.Fäden schwimmen vor den Augen			

Sollten Sie beim Ausfüllen des Fragebogens oder während der Messung Ihres Sehens eine Frage haben, so beantworten wir Ihnen diese gerne. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Hiermit willige ich ein von der Firma Sichtbetont Burg Ischwang per Post oder E-Mail über notwendige Kontrollen, Angebote oder Services informiert zu werden.
 Sollten Sie zukünftig nicht damit einverstanden sein, können Sie jederzeit widersprechen (§28Abs4S.1BDSG)

Unterschrift _____ Datum _____