



Checkliste für Erwachsene



Name:.....
 Straße:.....
 Ort (PLZ):.....
 Tel:..... Geb.Datum:..... Beruf:.....

Um einen möglichst kompletten Eindruck Ihres *visuellen Problems* zu bekommen, bitten wir sie, die nachstehende Frageliste so vollständig wie möglich auszufüllen bzw. zu beantworten. Bei eventuellen Unklarheiten stehen wir anschließend selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Jetzige Situation: In welcher Hinsicht macht sich das Sehproblem bei Ihnen bemerkbar?:.....

Haben Sie oder jemand anderes vielleicht schon folgendes beobachtet?:

(bitte ankreuzen bzw, nicht zutreffendes streichen)

	ja ↓	nein ↓	manchmal ↓	weiß nicht ↓
Mein Lese / Schreibabstand ist recht kurz (unter 35 cm).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muß ein Buch / Blatt dicht an die Augen führen, um gut lesen zu können.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Kopf oder das Buch / Blatt halte ich beim Lesen / Schreiben lieber schräg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Lesen benutze ich gern einen Finger / ein Lineal o.ä.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mir schlecht merken / vorstellen was ich gerade gelesen habe.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesen ist für mich anstrengend / ermüdend (nur wenige Seiten lesbar).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Texte muß ich mehrfach lesen, um den Inhalt zu verstehen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buchstaben / Wörter verschwimmen öfter oder tanzen vor den Augen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Schwierigkeiten von Nah auf Fern umzustellen (oder umgekehrt).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Gespräch halte ich den Kopf leicht schief	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein seitliches Blickfeld erscheint zeitweise eingeschränkt / enger.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



wurden Sie bereits **augenärztlich** untersucht - **ja / nein** - von wem?:.....
 wann?:..... mit welchem Ergebnis?:.....
 hat oder hatte jemand in der Familie (ev. Eltern / Großeltern) irgendwelche Augenprobleme ? - **ja / nein**
 wer ? :..... welcher Art?:.....
 sind Sie derzeit in ärztlicher / augenärztlicher Behandlung ? - **ja / nein** -
 bekommen Sie derzeit irgendwelche Medikamente - **ja / nein** - welche?:.....

Allgemeines Befinden :

	ja ↓	nein ↓	manchmal ↓	weiß nicht ↓
schauen die Augen auch bei Müdigkeit immer geradeaus.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ein Auge dreht weg - rechtes / linkes Auge - nach - innen / außen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muß öfter die Augen reiben.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Augen brennen oder jucken beim Nahsehen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ausdauernde Konzentration fällt mir schwer.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe oft trockene oder gereizte Augen, gerötete Augen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Augen tränen leicht oder sind wäßrig.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muß häufig blinzeln (alle paar Sekunden).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um besser zu sehen, kneife ich gern die Augen zusammen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin relativ lichtempfindlich, auch bei normalen Raumlicht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei bestimmten Sehaufgaben schließe ich lieber ein Auge zur Erleichterung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fahre ungern Karussell / Schiffschaukel o.ä.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Autofahren / Busfahren wird mir leicht übel.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe öfter Schmerzen (Druck / Zug) um die Augen / in den Augenhöhlen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide oft unter Kopfschmerzen über der Stirn oder im Schläfenbereich.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe öfter Migräneanfälle.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Nacken / Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

