



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"/> |

