



Aus welchem Grund kommen Sie zu einer Abklärung?

Name / Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ+Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Tel. Privat: _____
Natel: _____
Wann wurde Ihr Sehen zuletzt geprüft? _____ Durch wen? _____
Von wem wurden Sie überwiesen / empfohlen? _____

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 35cm)	<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 gerne 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 zu 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"/>

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	<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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um besser zu sein, 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 hatte öfters Migräne	<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"/>

Waren Sie wegen einer oder mehrerer der oben genannten Beschwerden beim:

- Augenoptiker: Ergebnis: _____
- Augenarzt: Ergebnis: _____
- Neurologe: Ergebnis: _____
- Heilpraktiker: Ergebnis: _____
- Physiotherapeut: Ergebnis: _____
- Internist: Ergebnis: _____
- Psychologe: Ergebnis: _____
- Anderer Spezialist: Ergebnis: _____

Nehmen sie irgendwelche Medikamente? _____

Sind Sie zurzeit in Behandlung? _____

Auto und Verkehr: Fallen Ihnen folgende Situationen schwer? ja nein manchmal weiss nicht

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Habe Schwierigkeiten im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen / zu erkennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitfahren meinen, ich halte schlecht die Strassenmitte ein (bin zu weit R/L)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Einpacken stelle ich hinterher oft falsche Abstände fest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entfernungen einzuschätzen fällt mir allgemein schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überholvorgänge mache ich eher ungern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei beginnender Dämmerung werde ich unsicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fahre nachts allgemein nicht gerne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachts habe ich Blendungsprobleme (auch ohne Regen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schweinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als Mitfahrer wird mir leicht übel (Auto/Bus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mich in Strassenkarten zu orientieren, fällt mir schwer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir allgemein schwer, mich irgendwo zurechtzufinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bremsen oft sehr früh / eher knapp (sagen meine Mitfahrer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strassenschilder erkenn ich erst relativ spät gegenüber manchen Mitfahrern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Tacho während der Fahrt abzulesen bereitet mir Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Sind Sie Rechts oder Linkshänder? _____

Sind Sie als Baby richtig gekrabbelt (sog. Vierfüssler Stand) **-ja / nein / weiss nicht**

Wann erstmals gelaufen (Alter)? _____

Können Sie allgemein gut einschlafen **-ja / nein ?**

Wachen Sie zwischendurch immer mal auf? **-ja / nein ?**

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen / Erbkrankheiten? _____

So dies und das: Folgende Situationen passieren mir öfters ja nein manchmal weiss nicht

	ja	nein	manchmal	weiss nicht
Ich verwechsle leicht Rechts und Links	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Werfe leicht etwas um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stolpere gern, ecke öfter mal an, bleibe irgendwo hängen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schütten beim Eingiessen öfter über oder sogar daneben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suche häufig etwas, das vor der Nase liegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann mir schlecht etwas merken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morgens nach dem Aufstehen sehe ich zeitweilig verschwommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann früh meine Zeitung schlechter lesen als gegen Mittag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide an Höhenproblemen, meide Abhänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laufe unsicher auf unebenem Boden (z.B. Waldboden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unsicher beim Bälle fangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernsehen ermüdet mich, schlafe leicht dabei ein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computerarbeit strengt mich an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Manuskript / die Tastatur verschwimmen öfter mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Blickwechsel vom Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Datum: _____ Unterschrift: _____ Vielen Dank!