



optic art eichinger

SEHEN NEU DEFINIERT

Dennerstr. 6 90429 Nürnberg direkt am Plärrer,
inkl. eigener Parkplätze Tel. 09 11 - 44 24 01
Öffnungszeiten: Mo: Ruhetag, Di – Fr: 9.30 – 13.00 Uhr
und 14.00 – 18.00 Uhr, Sa: 9:30 – 13 Uhr

Checkliste Erwachsene

Sie haben sich bei uns angemeldet – herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Um einen möglichst kompletten Eindruck Ihrer visuellen Wahrnehmung zu bekommen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und diesen zur Messung mitzubringen. Bei eventuellen Fragen stehen wir Ihnen anschließend gerne zur Verfügung. Der Zeitaufwand für Messung, Analyse und Beratung wird voraussichtlich mehr als 90 Minuten betragen.

Ihre Daten:

Name:..... Vorname:..... Beruf:.....
Straße:..... Geburtsdatum:.....
PLZ/Ort:..... Telefon:.....

Grund Ihres Besuchs (bitte zutreffendes ankreuzen)

- Wunsch nach neuer Brille plötzliche Sehverschlechterung Anstrengungsbeschwerden Sehstörungen
 Wir wurden Ihnen empfohlen durch:..... Sonstiges:.....

Ihre aktuelle Situation

Wie macht sich bei Ihnen ein Wahrnehmungs- bzw. Sehproblem bemerkbar?

.....
.....
.....

Augenvorgeschichte

- Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht? Ja, am.....bei..... Nein
Wenn ja mit welchem Ergebnis?
- Sind Sie zurzeit in augenärztlicher Behandlung? Ja, bei..... Nein
Tragen Sie bereits Brille oder Kontaktlinsen? Ja : Brille Kontaktlinsen Ferne Nähe Büro Nein
- Wie kommen Sie mit Ihrer aktuellen Sehhilfe zurecht? sehr gut (Nähe / Ferne) mäßig (Nähe / Ferne) schlecht (Nähe / Ferne)
- Haben Sie als Kind geschielt? Ja Nein
- Hatten Sie Verletzungen oder Operationen an den Augen? Ja, wegen.....im Jahre..... Nein
- Hat jemand in Ihrer Familie besondere Augenprobleme? Ja, wer?.....welche?..... Nein

Erkrankungen / Medikamente

Einige Erkrankungen können Einfluss auf das Sehen haben. Daher einige Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand.

- Liegen Erbkrankheiten in der Familie vor? Ja,bei..... Nein
- Liegen Erkrankungen bei Ihnen vor? Ja, welche? Nein
- Diabetes (Zuckerkrankheit) hoher Blutdruck Herz-Kreislauf-Erkrankungen Schlaganfall
 Glaukom (Grüner Star) Katarakt (Grauer Star) Makuladegeneration Sonstiges:.....
- Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Ja..... Nein
- Nehmen Sie Medikamente? Ja, welche? Nein
- ASS, Aspirin o. ä. Blutdruck senkende Herzpräparate Insulin Cortison
 Antibiotika Augendruck senkende Pille Psychopharmaka Sonstiges:.....

Sie sind: Rechtshänder Linkshänder

Ihre Geburt verlief normal sonstiges.....

Sind Sie als Kind richtig gekrabbelt? Ja, von..... bis.....Monat sonstiges..... Nein

bitte wenden

Haben Sie Befindlichkeitsstörungen oder Schmerzen? – bitte näher beschreiben...

- Kopf
- Nacken
- Schulter
- Rücken
- Augen
- Knie
-
-

□ Schreiben / Lesen...

- ich muss weiter weg / die „Arme werden zu kurz“
- drehe Kopf / Blatt schräg um besser zu lesen / zu schreiben
- lesen ist anstrengend / ermüdend
- benutze einen Finger / Lineal um zu lesen / die Zeile nicht zu verlieren
- ich lese ungern
- Buchstaben oder Wörter verschwimmen oder tanzen
- Buchstaben erscheinen zeitweise doppelt
- muss Texte mehrfach lesen um Sie zu verstehen
- kann früh die Zeitung schlechter lesen als gegen Mittag
- ich habe eine unleserliche Schrift
- Probleme meine Armbanduhr abzulesen
- Probleme eine Nadel einzufädeln (Nadelöhr treffen)
- Sonstiges:.....

□ Fernsehen / Bildschirm...

- Fernsehen ermüdet mich
- Computerarbeit strengt mich an
- Bild / Konturen verdoppeln sich
- Bildschirm erscheint zeitweise unscharf
- Probleme beim Blickwechsel Manuskript / Bildschirm
- Sonstiges:.....

□ Auto und Straßenverkehr...

- Straßenschilder erkenne ich relativ spät
- Beim Einparken stelle ich hinterher oft falsche Abstände fest
- Entfernungen einschätzen fällt mir schwer
- Mich in Straßenkarten zu orientieren fällt mir schwer
- Überholvorgänge mache ich ungern
- Als Mitfahrer wird mir leicht übel
- Bremse oft sehr früh / eher knapp (sagen Mitfahrer)
- Ich halte schlecht die Straßenmitte ein (zu weit links / rechts – sagen Mitfahrer)
- Bei Dämmerung werde ich unsicher
- Nachts fühle ich mich vom Gegenverkehr oft geblendet
- Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt
- Schwierigkeiten etwas im Rückspiegel schnell zu erfassen
- Sonstiges:.....

□ Ist Ihnen (oder Anderen) folgendes aufgefallen?

- Ich halte den Kopf leicht schief, nach
- suche häufig etwas was vor der Nase liegt
- verwechsle oft rechts und links
- werfe leicht etwas um
- schütte beim Eingießen öfter daneben
- habe allgemein ein schlechtes Zeitgefühl
- sonstiges:.....

□ Geschicklichkeit, Koordination

□ Nein

- unsicher beim Bälle fangen / werfen
- stolpere oder ecke öfter an
- unsicher beim Fahrrad fahren
- allgemein schlechte motorische Koordination
- kann Balance schlecht halten
- unsicher auf Waldboden
- Angst vor Höhenunterschieden
- unsicher beim Treppensteigen / Leitersteigen
- sonstiges:.....

□ Diverses

□ Ja

□ Nein

- eine Auge dreht weg – rechts / links
- schließe oder decke ein Auge öfter ab
- Unschärfe bei Distanzwechsel
- AugenknEIFEN
- häufiges Blinzeln
- trockene oder brennende Augen
- häufig rote Augen
- leicht tränende Augen
- licht - / blendempfindlich
- Augenreiben
- Probleme Farben richtig zu benennen
- sonstiges:.....

□ Sprachprobleme

□ Ja welche?.....

□ Nein

□ Hörprobleme

□ Ja welche?.....

□ Nein

Datum:.....

Unterschrift:.....