

Ulrike Oberhaus

Staatl. gepr. Augenoptikermeisterin & Funktionaloptometristin

---

## Fragebogen für Erwachsene

Datum: .....

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ / Ort: .....

Geb.-Datum: ..... E-Mail: .....

Tel. privat: ..... Mobil: .....

Sport / Hobby: ..... Beruf: .....

### Aktuelle Situation:

Grund für Ihren Termin: Wie machen sich Ihre Wahrnehmungs- bzw. Sehprobleme bemerkbar?

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

Überweisung / Empfehlung durch: .....

### Ich bin:

Brillenträger/in     Kontaktlinsenträger/in     Rechtshänder     Linkshänder

### Momentan in Behandlung:

Augenarzt     Kinderarzt     Osteopath     Heilpraktiker     Sonstige .....

Wurden Sie bereits augenärztlich untersucht? Wenn ja, von wem? .....

Wann? ..... Mit welchem Ergebnis?.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? .....

Um einen möglichst kompletten Eindruck Ihres visuellen Zustandes zu bekommen, bitten wir Sie, die nachstehende Frageliste so vollständig wie möglich zu beantworten. Bei Unklarheiten helfen wir gerne weiter.

## Allgemeinbefinden:

Ich ...	nie	selten	manch mal	oft
... muss oft blinzeln und die Augen reiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... kneife die Augen zusammen oder schließe ein Auge, um besser zu sehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe oft trockene, brennende oder gerötete Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... schaue bei Müdigkeit nicht mehr mit beiden Augen geradeaus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... leide häufig unter Kopfschmerzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe oft Verspannungen im Nacken / Schulterbereich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühle mich oft schwindelig oder allgemein unwohl.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... werde schnell müde, vor allem beim Lesen, Basteln oder bei der PC-Arbeit u. ä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe Schwierigkeiten mich ausdauernd zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... kann schlecht einschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... wache Nachts häufig auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... leide beim Bus- oder Autofahren unter Übelkeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... kann morgens schlechter sehen als am Nachmittag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Naharbeit und am Computer:

Ich ...	nie	selten	manch mal	oft
... nehme beim Lesen einen sehr kurzen Abstand ein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... halte beim Lesen den Kopf oder den Text schräg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... lese nur ungern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... lese gern und ausdauernd im Bett und vor dem Einschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... werde beim Lesen schnell müde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... verliere beim Lesen die Zeile, nehme als Unterstützung z. B. den Finger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... kann mir schlecht merken was ich gerade gelesen habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sehe Zeilen oder Buchstaben zeitweise doppelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sehe Zeilen oder Buchstaben zeitweise verschwommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe Schwierigkeiten beim Sehen von nah auf fern umzustellen oder umgekehrt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... empfinde mein seitliches Blickfeld als kleiner oder unscharf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde Computerarbeit anstrengend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe Schwierigkeiten beim Blickwechsel von Tastatur / Vorlage und Bildschirm, die richtige Stelle wiederzufinden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... sehe den Bildschirm oder die Vorlage zeitweise verschwommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Beim Autofahren und in der Freizeit:

Ich ...	nie	selten	manch mal	oft
... habe Schwierigkeiten Entfernungen richtig einzuschätzen, z. B. beim Einparken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fahre nach Meinung meiner Mitfahrer zu weit rechts / links.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde es schwierig etwas schnell im Rückspiegel zu erfassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühle mich bei Dämmerung / im Dunkeln unsicher, z. B. fahre nachts ungern Auto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühle mich durch Scheinwerferlicht stark geblendet (auch wenn es nicht regnet).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... erkenne Straßenschilder erst spät.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... finde mich schlecht auf Straßenkarten zurecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe Orientierungsprobleme und verlaufe / verfare mich oft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... verwechsle Rechts und Links.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mag nicht schaukeln und Karussell fahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bin unsicher beim Bälle fangen und werfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühle mich ängstlich bei Höhenunterschieden, steige ungern auf Leitern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... stolpere, stoße oder werfe etwas um.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ein schlechtes Zeitgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... bin eher ungeschickt mit Werkzeugen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

*Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.*