



KONTAKTDATEN

E-Mail

Beruf

Hobbies (Kampfsport?)

SEHHILFE

Welche Art von Sehhilfen verwenden Sie?

- Brille
- Lesebrille
- weiche Kontaktlinsen
- harte Kontaktlinsen

SEHEN

Sind Ihre Brillenwerte seit mindestens 2 Jahren stabil?

- Ja.
- Nein.
- Weiß ich nicht.

Sehen Sie immer gleich gut?

- Ja.
- Nein.
- Weiß ich nicht.

Haben Sie in der Dunkelheit Probleme mit der Sicht? (z. B. nachts beim Autofahren)

- Ja.
- Nein.

Wurde bereits Operationen am Auge durchgeführt? Oder ein Unfall mit Augenbeteiligung?

- Nein.
- Ja.

Wenn ja, welche?

Sehen Sie doppelt? (Doppelbilder)

- Ja.
- Nein.

KRANKHEITSGESCHICHTE

Sind Erkrankungen bei Ihnen bekannt?

- Nein.
- Ja.

Wenn ja, welche?

Sind in der Familie Augenerkrankungen bekannt?

- Nein.
- Ja.

Wenn ja, welche?

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein.
- Ja.

Wenn ja, welche?

BEI FRAUEN

Sind Sie schwanger oder waren Sie kürzlich schwanger (oder stillen Sie)?

Ja.

Nein.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Vielen Dank.