

## WICHTIGE INFORMATIONEN VOR DER AUGENMESSUNG

Mit der Beantwortung dieser Fragen, geben Sie Ihrem/r Augenoptiker/in wertvolle Hinweise zu Ihrem Sehprofil für eine optimale Beratung und Brillenglasbestimmung.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### 1. Tragen Sie eine Brille?      ja            nein

Wenn ja, welche?

Fernbrille            Alter der Brille in Jahren: \_\_\_\_\_

Nahbrille            Alter der Brille in Jahren: \_\_\_\_\_

Gleitsichtbrille    Alter der Brille in Jahren: \_\_\_\_\_

Arbeitsplatzbrille Alter der Brille in Jahren: \_\_\_\_\_

Sportbrille            Alter der Brille in Jahren: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

### 2. Tragen Sie Kontaktlinsen?

Ich trage bisher keine Kontaktlinsen.

Ich habe Interesse Kontaktlinsen auszuprobieren.

Ich trage gelegentlich Kontaktlinsen (1–3-mal pro Woche).

Ich trage häufig Kontaktlinsen (mehr als 3-mal pro Woche).

### 3. Wie gut sehen Sie mit Ihrer aktuellen Sehhilfe?

In der Ferne

optimal      gut            eingeschränkt

Am Arbeitsplatz

optimal      gut            eingeschränkt

In der Nähe

optimal      gut            eingeschränkt



### 4. Treten bei Ihnen folgende Beschwerden auf?

Unscharfes Sehen in der Ferne:

immer      häufig      selten      nicht bemerkt

Unscharfes Sehen in der Nähe:

immer      häufig      selten      nicht bemerkt

Anstrengung bei Nah- / PC-Arbeit:

immer      häufig      selten      nicht bemerkt

Lichtempfindlichkeit:

immer      häufig      selten      nicht bemerkt

Sehprobleme in der Dämmerung / Nacht:

immer      häufig      selten      nicht bemerkt

Blendempfindlichkeit:

immer      häufig      selten      nicht bemerkt

Tränende Augen:

immer      häufig      selten      nicht bemerkt

Trockene Augen:

immer      häufig      selten      nicht bemerkt

Juckende Augen (allergische Reaktionen):

immer      häufig      selten      nicht bemerkt



## 5. Welche Sehanforderungen haben Sie und wie lange führen Sie diese am Tag durchschnittlich aus?

Autofahren	Zeit in Stunden: _____
PC-Arbeit	Zeit in Stunden: _____
Lesen	Zeit in Stunden: _____
Hausarbeit / Hobby	Zeit in Stunden: _____
Sonstige:	Zeit in Stunden: _____
_____	_____
_____	_____

## 6. Wie schützen Sie Ihre Augen vor UV-Strahlung?

Ich trage keine Sonnenbrille.

Ich trage eine Sonnenbrille ohne Sehkraft.

Ich trage eine Sonnenbrille ohne Sehkraft aber mit Kontaktlinsen.

Ich trage eine Sonnenbrille in aktueller Sehkraft.

Ich trage eine Sonnenbrille mit einer früheren (nicht der aktuellen) Sehkraft.

## 7. Nehmen Sie aktuell Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Augenarztbesuch?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ihr Optikfachgeschäft

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. Viele Krankheiten haben Einfluss auf das Sehen. Deshalb einige Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand und zu Augenerkrankungen. Welche der folgenden Erkrankungen liegen bei Ihnen vor?

Vermeehrt Kopfschmerzen, wenn ja wie häufig?

\_\_\_\_\_

Nackenschmerzen

Allergien, wenn ja welche?

\_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Rheuma / Multiple Sklerose

Grauer Star (Katarakt)

Grüner Star (Glaukom)

Makuladegeneration

Operation am Auge      rechts      links

Welche Operation?

\_\_\_\_\_

## 9. Möchten Sie zu einem bestimmten Thema besonders beraten werden?

ja      nein

Wenn ja, welches?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wir beraten Sie gerne.