

# Persönliches Sehprofil



Name:  
Vorname:

Geburtsdatum:  
Beruf:

## Allgemein

Grund des Besuches	vorhandene Sehhilfe	Bewertung der Sehhilfe	Augenarzt
<input type="checkbox"/> Überprüfung der Sehschärfe  <input type="checkbox"/> Sehprobleme  <input type="checkbox"/> Empfehlung durch ..... .....	<input type="checkbox"/> Fernbrille <input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille <input type="checkbox"/> Zwei-/Dreistärkenbrille <input type="checkbox"/> PC-Brille <input type="checkbox"/> Sportbrille <input type="checkbox"/> Sonnenbrille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Lupen <input type="checkbox"/> sonstige	<p><b>aktuelle Brille</b></p> <p><b>Ferne</b></p> <p>☺ _____ ☹</p> <p><b>Nähe</b></p> <p>☺ _____ ☹</p> <p><b>weitere Sehhilfe</b></p> <p>☺ _____ ☹</p> <p>Anmerkungen</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>letzter Augenarztbesuch</b></p> <p>Datum: .....</p> <p>Sind Sie derzeit in <b>Behandlung</b>?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <p>Hatten Sie eine <b>Augenoperation</b>?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <p>Hatten Sie <b>Verletzungen</b> am Auge?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <p>Haben Sie früher (als Kind) <b>geschielt</b>?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sehprobleme	Medikamente	Art der Medikamente																												
<p><b>Welche der folgenden Beschwerden haben Sie aktuell?</b></p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> unscharfes Sehen Ferne</td> <td><input type="checkbox"/> unscharfes Sehen Nähe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> tränende Augen</td> <td><input type="checkbox"/> rote Augen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wahrnehmen von Blitzen</td> <td><input type="checkbox"/> schwarze Punkte / „Mücken“ fliegen durchs Bild</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Dämmerung / Nacht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blendung</td> <td><input type="checkbox"/> Wechsel Ferne /Nähe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Doppelbilder</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ermüden / Kopfschmerz bei Nah-/ PC-Arbeit</td> <td><input type="checkbox"/> <b>keine</b></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> unscharfes Sehen Ferne	<input type="checkbox"/> unscharfes Sehen Nähe	<input type="checkbox"/> tränende Augen	<input type="checkbox"/> rote Augen	<input type="checkbox"/> Wahrnehmen von Blitzen	<input type="checkbox"/> schwarze Punkte / „Mücken“ fliegen durchs Bild	<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Dämmerung / Nacht	<input type="checkbox"/> Blendung	<input type="checkbox"/> Wechsel Ferne /Nähe	<input type="checkbox"/> Doppelbilder		<input type="checkbox"/> Ermüden / Kopfschmerz bei Nah-/ PC-Arbeit	<input type="checkbox"/> <b>keine</b>	<p>Nehmen Sie Medikamente?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <p>Regelmäßig?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<p><b>Welche der folgenden Medikamente nehmen Sie?</b></p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blutdruck senkend</td> <td><input type="checkbox"/> Insulin</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Herzpräparate</td> <td><input type="checkbox"/> Pille</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cortison</td> <td><input type="checkbox"/> Hormonpräparate</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Morphinum</td> <td><input type="checkbox"/> Antibiotika</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beta-Blocker</td> <td><input type="checkbox"/> Augentropfen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psychopharmaka</td> <td><input type="checkbox"/> Schmerzmittel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> sonstige</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Blutdruck senkend	<input type="checkbox"/> Insulin	<input type="checkbox"/> Herzpräparate	<input type="checkbox"/> Pille	<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Hormonpräparate	<input type="checkbox"/> Morphinum	<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="checkbox"/> Beta-Blocker	<input type="checkbox"/> Augentropfen	<input type="checkbox"/> Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> sonstige	
<input type="checkbox"/> unscharfes Sehen Ferne	<input type="checkbox"/> unscharfes Sehen Nähe																													
<input type="checkbox"/> tränende Augen	<input type="checkbox"/> rote Augen																													
<input type="checkbox"/> Wahrnehmen von Blitzen	<input type="checkbox"/> schwarze Punkte / „Mücken“ fliegen durchs Bild																													
<input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit	<input type="checkbox"/> Dämmerung / Nacht																													
<input type="checkbox"/> Blendung	<input type="checkbox"/> Wechsel Ferne /Nähe																													
<input type="checkbox"/> Doppelbilder																														
<input type="checkbox"/> Ermüden / Kopfschmerz bei Nah-/ PC-Arbeit	<input type="checkbox"/> <b>keine</b>																													
<input type="checkbox"/> Blutdruck senkend	<input type="checkbox"/> Insulin																													
<input type="checkbox"/> Herzpräparate	<input type="checkbox"/> Pille																													
<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Hormonpräparate																													
<input type="checkbox"/> Morphinum	<input type="checkbox"/> Antibiotika																													
<input type="checkbox"/> Beta-Blocker	<input type="checkbox"/> Augentropfen																													
<input type="checkbox"/> Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel																													
<input type="checkbox"/> sonstige																														

Gesundheitszustand		Familie
<p>Welche der folgenden Allgemeinerkrankungen liegen bei Ihnen vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes      <input type="checkbox"/> Herpes  <input type="checkbox"/> Bluthochdruck      <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose  <input type="checkbox"/> Rheuma      <input type="checkbox"/> Migräne  <input type="checkbox"/> Schlaganfall      <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen  <input type="checkbox"/> Allergie      <input type="checkbox"/> Nacken-/Schulterschmerz  <input type="checkbox"/> Schilddrüse      <input type="checkbox"/> keine</p>	<p>Welche der folgenden Augenerkrankungen liegen bei Ihnen vor?</p> <p><input type="checkbox"/> Glaukom (grüner Star)  <input type="checkbox"/> Katarakt (grauer Star)  <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfälle  <input type="checkbox"/> Makuladegeneration  <input type="checkbox"/> sonstige  <input type="checkbox"/> keine</p>	<p>Liegen vorher genannte Erkrankungen in Ihrer Familie vor?</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>

**Sehanforderungen**

Allgemein	Nähe	Bildschirme	Beruf/Arbeit	Hobby/Freizeit
<p>Tragen Sie Ihre Brille den <b>ganzen Tag</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wie üben Sie die folgenden Tätigkeiten aus?</p> <p><input type="checkbox"/> Schreibtisch  <input type="checkbox"/> Augenhöhe  <input type="checkbox"/> über Kopf  <input type="checkbox"/> sonstiges</p>	<p>Wie lange lesen Sie täglich?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-1 Stunden  <input type="checkbox"/> 1-3 Stunden  <input type="checkbox"/> mehr als 3 Stunden</p> <p>Lesen Sie gelegentlich im <b>Liegen</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><input type="checkbox"/> PC      <input type="checkbox"/> Smartphone  <input type="checkbox"/> Laptop      <input type="checkbox"/> Tablet</p> <p>Wie viel <b>Std./Tag</b> verbringen Sie an diesem Gerät?</p> <p><input type="checkbox"/> 0-1 Stunden  <input type="checkbox"/> 1-3 Stunden  <input type="checkbox"/> mehr als 3 Stunden</p>	<p>Welche <b>Sehentfernungen</b> sind für Sie am Arbeitsplatz wichtig?</p> <p><input type="checkbox"/> Nahbereich (30-40cm)  <input type="checkbox"/> Zwischenbereich (40-120cm)  <input type="checkbox"/> Fernbereich (über 120cm)</p>	<p>Welche <b>Sehentfernungen</b> sind für Sie bei sonstigen Aktivitäten wichtig?</p> <p><input type="checkbox"/> Nahbereich (30-40cm)  <input type="checkbox"/> Zwischenbereich (40-120cm)  <input type="checkbox"/> Fernbereich (über 120cm)</p>

Lichtschutz/UV	Auto	Sport	Kontaktlinsen
<p>Tragen Sie eine Sonnenbrille in Ihrer <b>aktuellen Sehstärke</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Wie oft fahren Sie Auto?</p> <p><input type="checkbox"/> gar nicht / kaum  <input type="checkbox"/> mehrmals wöchentlich  <input type="checkbox"/> täglich</p>	<p>Welche <b>Sportarten</b> üben Sie aus?</p> <p><input type="checkbox"/> Wandern      <input type="checkbox"/> Golf  <input type="checkbox"/> Radfahren      <input type="checkbox"/> Ballsport  <input type="checkbox"/> Ski / Snowboard      <input type="checkbox"/> Wassersport  <input type="checkbox"/> Tennis      <input type="checkbox"/> andere</p>	<p>Tragen Sie Kontaktlinsen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Welche Art?</p> <p><input type="checkbox"/> weich      <input type="checkbox"/> hart</p> <p><input type="checkbox"/> Tageslinsen  <input type="checkbox"/> Monatslinsen  <input type="checkbox"/> Jahreslinsen</p>