

# Persönliches Sehprofil

Name:

Geburtsdatum:

Tätigkeit:

Adresse:

Telefon:

Email:



## 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 / elektron.Hilfe	<b>aktuelle Brille</b> <b>Ferne</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/> <b>Nähe</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/> <b>weitere Sehhilfe</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/> Anmerkungen ..... ..... ..... .....	<b>letzter Augenarztbesuch</b> Datum: ..... Augenarzt: ..... .....  Sind Sie derzeit in <b>Behandlung</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Hatten Sie eine <b>Augenoperation</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Hatten Sie <b>Verletzungen</b> am Auge? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Haben Sie früher (als Kind) <b>geschielt</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sehprobleme	Medikamente	Art der Medikamente
<b>Welche der folgenden Beschwerden haben Sie aktuell?</b>  <input type="checkbox"/> unscharfes Sehen Ferne <input type="checkbox"/> tränende/juckende Augen <input type="checkbox"/> Wahrnehmen von Blitzen  <input type="checkbox"/> Doppelbilder <input type="checkbox"/> Wechsel Ferne /Nähe  <input type="checkbox"/> Ermüden / Kopfschmerz bei Nah-/ PC-Arbeit	<b>Nehmen Sie Medikamente?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Regelmäßig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Welche der folgenden Medikamente nehmen Sie?</b>  <input type="checkbox"/> Blutdrucksenkend <input type="checkbox"/> Beta-Blocker <input type="checkbox"/> Herzpräparate <input type="checkbox"/> Psychopharmaka <input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Diabetesmedikament Tablette/Spritze <input type="checkbox"/> Hormonpräparate/Pille <input type="checkbox"/> Antibiotika <input type="checkbox"/> Augentropfen <input type="checkbox"/> Schmerzmittel

Gesundheitszustand		Familie
<p>Welche der folgenden Allgemeinerkrankungen liegen bei Ihnen vor?</p> <p> <input type="checkbox"/> Bluthochdruck      <input type="checkbox"/> Diabetes  <input type="checkbox"/> Schilddrüse      <input type="checkbox"/> Allergie  <input type="checkbox"/> Herz/Gefäßerkrankung      <input type="checkbox"/> Schlaganfall  <input type="checkbox"/> Rheuma      <input type="checkbox"/> Nacken-/Schulerschmerz  <input type="checkbox"/> keine      <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne </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><b>Wie lange lesen Sie täglich?</b></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><b>Wie oft</b> 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 <b>Kontaktlinsen</b>?</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>

Datum:       U1     U2